



Universidade de Aveiro
2013

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**Carla Patrícia
Martins de Oliveira**

**Prática Clínica dos Terapeutas da Fala nas
Perturbações Fonológicas**



**Carla Patrícia
Martins de Oliveira**

**Prática Clínica dos Terapeutas da Fala nas
Perturbações Fonológicas**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Marisa Lobo Lousada, Professora Adjunta da Universidade de Aveiro e coorientação do Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus, Professor Coordenador da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais por serem o meu “porto de abrigo”, pelo apoio incansável e porque sempre me deram força para continuar.

o júri

Presidente

Professora Doutora Rosa Lúdia Torres do Couto Coimbra e Silva
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Vogais

Professora Doutora Joana Antonieta Barbosa Ferreira da Rocha
Professora Auxiliar da Universidade Fernando Pessoa

Professora Doutora Marisa Lobo Lousada (orientadora)
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus (coorientador)
Professor Coordenador da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Marisa Lousada e ao Professor Doutor Luís Jesus, por toda a orientação, disponibilidade e apoio dado ao longo de todo o trabalho.

À Professora Doutora Andreia Hall, pela disponibilidade demonstrada durante a análise estatística.

Aos terapeutas da fala, pela colaboração no estudo.

À Rita, ao Pedro e à Paula pela colaboração e disponibilidade no processo de validação do questionário.

Aos meus pais, pela compreensão, disponibilidade e carinho demonstrado nos momentos mais difíceis e também pela força que sempre me deram para continuar.

À minha irmã, pela disponibilidade e apoio demonstrado durante todo este percurso.

À Mónica e à Juliana, pela paciência e pelas palavras amigas nos momentos mais difíceis.

Ao Fábio, pelo incansável apoio e carinho e pela compreensão que sempre demonstrou, que me permitiram ter sempre força e estabilidade para desenvolver a investigação.

palavras-chave

Perturbação dos Sons da Fala, Perturbação Fonológica, Perturbação Articulatória, Abordagens de Intervenção, Terapia da Fala, Prática Clínica

resumo

As Perturbações dos Sons da Fala representam uma grande parte da casuística dos terapeutas da fala. Estas incluem diversas perturbações (articulatórias ou fonológicas) podendo comprometer a inteligibilidade do discurso das crianças. A intervenção junto das crianças com Perturbação dos Sons da Fala pode ser feita com a aplicação de diversas abordagens, sendo que estas podem ser de base articulatória ou fonológica. A presente investigação pretende, desta forma, explorar a utilização das diferentes abordagens de intervenção na prática clínica dos terapeutas da fala em Portugal, de modo a conhecer as abordagens mais frequentemente utilizadas na intervenção com crianças que apresentem perturbação fonológica.

A recolha dos dados foi realizada através da disponibilização de um questionário na plataforma web Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) acsa.web.ua.pt, a partir do qual foram obtidas oitenta e oito respostas.

Os resultados mostram que na intervenção com crianças que apresentem perturbação fonológica as abordagens mais utilizadas são a Terapia da Consciência Fonológica (97% dos terapeutas da fala que participaram no estudo), a Discriminação Auditiva (92%), a Abordagem Centrada na Família (58%) e a Terapia dos Pares Mínimos (75%). A grande maioria dos terapeutas da fala combina várias abordagens na sua intervenção. Verifica-se ainda que uma grande percentagem de terapeutas da fala utiliza abordagens de base articulatória, nomeadamente o Treino Articulatório (31%) em casos de perturbação fonológica. Grande parte dos terapeutas da fala (63%) indica que a intervenção é realizada uma vez por semana e prolonga-se por um período superior a seis meses (51%).

Os dados obtidos na presente investigação estão de acordo com os resultados obtidos em alguns estudos internacionais relativamente às abordagens mais utilizadas na intervenção com crianças com perturbação fonológica. No que respeita à frequência e duração da intervenção existe discordância nos vários estudos. Relativamente às características descritas pelos terapeutas da fala portugueses para estabelecer o diagnóstico diferencial das perturbações, verifica-se que estas nem sempre refletem os dados disponíveis na literatura atual.

keywords

Speech Sound Disorder, Phonological Disorder, Articulation Disorder, Intervention Approaches, Speech and Language Therapy, Clinical Practice.

abstract

Speech Sound Disorder represents a large number of speech language therapist's caseload. These include different disorders (articulatory or phonological) and can affect speech intelligibility of children. The intervention with children who have Speech Sound Disorder can incorporate different approaches, and these may be of articulatory or phonologically based. This study aims to explore the use of different intervention approaches in clinical practice of speech language therapists in Portugal, and to know the approaches most frequently used in intervention with children who have phonological disorder.

Data collection was conducted through a questionnaire available on the web platform Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) acsa.web.ua.pt, and based the responses eighty-eight participants.

The results show that intervention approaches most used with children who have phonological disorder are Phonological Awareness (97% of the participants), Auditory Discrimination (92%), Parent-Based Work (58%) and Meaningful Minimal Contrast Therapy (75%). The great majority of therapists combine several approaches in their intervention. There is also a great percentage of speech and language therapists that use articulation based approaches, namely Articulation Work (31%) in cases of phonological disorder. Most speech and language therapists (63%) indicate that the intervention is performed once per week and over a period of more than six months (51%).

The data obtained presented here agreements with the results obtained in some international studies in terms of the approaches most frequently used in intervention with children who have phonological disorder. Regarding the frequency and duration of intervention there is a greater discrepancy in several studies. Regarding the characteristics described by the Portuguese speech and language therapist for establishing the differential diagnosis of disorders, it turns out that these do not always reflect the data available in recent literature.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	2
2.1. Linguagem e Fala.....	2
2.2. Perturbações dos sons da fala (“speech sound disorders”)	2
2.3. Perturbações fonológicas	4
2.4. Instrumentos de avaliação.....	5
2.5. A intervenção	6
2.6. Duração da intervenção	9
2.7. Estudos sobre a prática clínica dos terapeutas da fala nas perturbações fonológicas	9
2.8. Instrumento de Investigação – Questionário.....	11
2.8.1. Elaboração de um questionário.....	13
2.8.2. Processo de adaptação cultural de um questionário	13
2.8.3. Tipos de questões	14
3. MÉTODO.....	16
3.1. Objetivos do estudo	16
3.2. População e Amostra	16
3.3. Desenvolvimento do questionário	16
3.4. Recolha de dados	18
3.5. Análise dos dados	18
4. RESULTADOS.....	21
4.1. Caracterização da amostra	21
4.1.1. Anos de Experiência Profissional.....	21
4.1.2. Instituição de formação	21
4.1.3. Local de exercício profissional.....	22
4.1.4. Área de especialização.....	22
4.2. Percentagem de casos	23
4.3. Abordagens	24

4.4.	Envolvimento dos Pais e Professores na intervenção	26
4.5.	Frequência das sessões e duração da intervenção	27
4.6.	Grau de confiança na intervenção com crianças com perturbação articulatória, atraso/perturbação fonológica e dispraxia	28
4.7.	Evidência sobre a prática clínica	28
4.8.	Análise da dependência das variáveis	29
4.9.	Instrumentos de Avaliação.....	30
4.10.	Diferença entre diagnósticos terapêuticos	31
4.10.1.	Diferença entre Perturbação Articulatória e Perturbação Fonológica	31
4.10.2.	Diferença entre Atraso Fonológico e Perturbação Fonológica.....	32
4.10.3.	Diferença entre Perturbação Fonológica e Dispraxia	33
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5.1.	Caracterização da amostra	35
5.1.1.	Experiência profissional	35
5.1.2.	Especialização	35
5.1.3.	Local de exercício profissional.....	35
5.2.	Percentagem de casos	36
5.3.	Abordagens	36
5.3.1.	Número de Abordagens	38
5.4.	Envolvimento dos pais e dos professores na intervenção	38
5.5.	Frequência das sessões e duração da intervenção	39
5.6.	Grau de confiança na intervenção	39
5.7.	Evidência sobre a prática clínica	40
5.8.	Instrumentos de Avaliação.....	41
5.9.	Diferença entre diagnósticos	41
5.9.1.	Perturbação Articulatória e Perturbação Fonológica.....	41
5.9.2.	Atraso Fonológico e Perturbação Fonológica	42
5.9.3.	Perturbação Fonológica e Dispraxia.....	43
6.	CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	45
6.1.	Conclusões	45
6.2.	Limitações do estudo e trabalho futuro.....	46
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

ANEXOS	53
ANEXO I – Visualização do questionário aplicado na plataforma ACSA	54
ANEXO II – Questionário utilizado na recolha de dados	57
ANEXO III – Análise da Comissão de Ética.....	63
ANEXO IV – Comparação da utilização das abordagens de intervenção entre Portugal e Reino Unido.....	64
ANEXO V – Número de respostas em cada questão.....	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Cruzamento de variáveis cuja análise foi realizada com o Coeficiente de Correlação de Spearman	19
Tabela 2 - Cruzamento de variáveis cuja análise foi realizada com o Teste Qui-quadrado	19
Tabela 3 - Análise da dependência das variáveis	30
Tabela 4 - Distinção entre Perturbação Articulatória e Perturbação Fonológica descrita pelos terapeutas da fala do presente estudo	32
Tabela 5 - Distinção entre Atraso Fonológico e Perturbação Fonológica descrita pelos terapeutas da fala do presente estudo	33
Tabela 6 - Distinção entre Dispraxia e Perturbação Fonológica descrita pelos terapeutas da fala do presente estudo	34
Tabela 7 - Distinção entre Perturbação Fonológica Inconsistente e Dispraxia. Adaptado de Bowen (2009).	44
Tabela 8 - Percentagem de utilização de cada uma das abordagens em Portugal e no Reino Unido	64
Tabela 9 - Número de respostas dadas em cada questão	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Anos de experiência profissional.....	21
Figura 2 - Percentagem de terapeutas da fala de cada Instituição de formação	22
Figura 3 - Percentagem de terapeutas da fala em cada local.....	22
Figura 4 - Percentagem de terapeutas da fala especializados em cada uma das áreas ..	23
Figura 5 - Percentagem de cada tipo de casos na prática clínica dos terapeutas da fala	23
Figura 6 - Percentagem de utilização de cada abordagem de intervenção nas Perturbações Fonológicas.....	25
Figura 7 - Média do número de abordagens utilizadas.....	26
Figura 8 - Percentagem de terapeutas da fala que envolve pais / professores na intervenção	26
Figura 9 - Frequência das sessões terapêuticas	27
Figura 10 - Duração da intervenção	27
Figura 11 - Grau de confiança na intervenção nas diferentes perturbações dos sons da fala	28
Figura 12 - Grau de concordância sobre a evidência na prática clínica	29

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Visualização da plataforma web ACSA	54
Ilustração 2 - Visualização do questionário na plataforma ACSA	55
Ilustração 3 - Consentimento informado.....	56
Ilustração 4 - Visualização do questionário na plataforma ACSA	56

LISTA DE ABREVIATURAS

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association

AF – Atraso Fonológico

ESSA – Escola Superior de Saúde de Alcoitão

ESSEM – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

ESS-IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

ESSUALG – Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve

ESS – UAtlântica – Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica

ESTSP – Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto

GOL-E – Grelha de Observação da Linguagem – Nível Escolar

ISAVE – Instituto Superior do Alto Ave

PA – Perturbação Articulatória

PACA – Prova de Avaliação de Capacidades Articulatórias

PAOF – Protocolo de Avaliação Oro-facial

PF – Perturbação Fonológica

SNC – Sistema Nervoso Central

TALC – Teste de Avaliação da Linguagem na Criança

TAPAC-PE – Teste de Avaliação da Produção Articulatória de Consoantes do Português Europeu

TAV – Teste de Articulação Verbal

TF – Terapeuta da Fala

TFF- ALPE – Teste Fonético-Fonológico – Avaliação de Linguagem Pré-Escolar

TICL – Teste de Identificação das Competências Linguísticas

TOPA – Teste de Consciência Fonológica

UFP – Universidade Fernando Pessoa

1. INTRODUÇÃO

As perturbações dos sons da fala (“Speech Sound Disorders (SSD)”) constituem um grande número de casos de intervenção dos terapeutas da fala podendo assumir diversos diagnósticos (Pascoe et al., 2010). Estas afetam mais de 6% da comunidade infantil, com maior incidência nas faixas etárias mais precoces (Broomfield & Dodd, 2004) e comprometem a inteligibilidade do discurso das crianças (Bowen, 2009; Broomfield & Dodd, 2004; Joffe & Pring, 2008; Pascoe, et al., 2010).

A intervenção nos casos de perturbação dos sons da fala pode ser realizada segundo as mais diversas abordagens, sendo que estas podem seguir um modelo de base fonológico ou articulatorio. A utilização de cada uma das abordagens pode resultar numa melhoria da inteligibilidade do discurso quando aplicada adequadamente. A melhoria da inteligibilidade do discurso da criança torna-se, então, um desafio para a maioria dos terapeutas da fala, sendo necessário verificar qual a abordagem de intervenção que poderá ser mais adequada para cada perturbação (Dodd & Bradford, 2000; Kamhi, 2006).

Parece não existir estudos realizados acerca da prática clínica dos terapeutas da fala em Portugal ao nível da sua intervenção com crianças com perturbação fonológica (Lousada et al., 2013). Os estudos realizados a este nível (Joffe & Pring, 2008; Pascoe, et al., 2010) decorreram noutros países (e.g., Reino Unido e África do Sul), sendo por isso difícil caracterizar a intervenção dos terapeutas da fala portugueses no que concerne às perturbações fonológicas. Assim, surge a necessidade de abordar esta questão, averiguando qual o tipo de abordagens de intervenção mais frequentemente utilizado, abordagens de base articulatoria ou fonológica. A presente investigação pretende realizar um estudo sobre a prática clínica dos terapeutas da fala, de forma a explorar a utilização das diferentes abordagens de intervenção, articulatorias e fonológicas, na sua prática profissional. Desta forma, apresenta como objetivos principais: fornecer dados acerca da prática clínica dos terapeutas da fala e conhecer as abordagens mais frequentemente utilizadas na intervenção com crianças que apresentem perturbação fonológica.

A investigação contemplou várias etapas, sendo que estas se refletem na organização do presente trabalho. Na primeira parte podemos encontrar a introdução, onde são apresentadas as motivações que levaram à realização do estudo, os objetivos e a estrutura da Dissertação. O segundo capítulo inclui a revisão da literatura que serviu de base para o estudo e para a concretização da fase metodológica. O terceiro capítulo descreve toda a metodologia utilizada para a recolha e análise dos dados. No quarto capítulo, são descritos os resultados obtidos, e no capítulo seguinte é realizada a discussão dos mesmos. No final são apresentadas as conclusões e perspetivas de trabalho futuro.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Linguagem e Fala

A *linguagem* é uma capacidade inerente ao ser humano que permite a utilização de um conjunto de símbolos convencionados, usado nas várias modalidades existentes para comunicar e pensar (ASHA, 1982).

O desenvolvimento da linguagem ocorre durante os primeiros anos de vida, quando se verifica a aquisição dos vários sons da língua e a forma como estes se organizam. A criança aprende a combiná-los em palavras e frases, até obter um discurso inteligível (Ferrante, Borsel, & Pereira, 2009). Este processo complexo engloba também o conhecimento de significados de uma determinada comunidade linguística e a utilização correta das regras gramaticais (Azevedo, 1998; Guerreiro, 2007). Assim, a linguagem incorpora várias componentes em interdependência, o que leva a que, por vezes, a perturbação de uma delas afete a linguagem de uma forma geral (Azevedo, 1998). Apesar de algumas particularidades, este processo parece ser idêntico em todas as crianças (Ferrante, et al., 2009).

O processo de comunicação pode ser estabelecido através de vários meios, sendo a fala a opção mais utilizada. A fala é um mecanismo que exige a coordenação neuromuscular dos movimentos orais, de forma a produzir os sons e as unidades linguísticas (Bernstein & Tiegerman-Farber, 2002). É um dos meios mais rápidos e eficazes, e que exige um menor esforço. Como somos seres sociais, a fala compreende grande parte da nossa vida, pois falar e ouvir são atividades inegáveis no dia-a-dia de muitas pessoas (Mateus, Andrade, Viana, & Villalva, 1991).

A fala pressupõe o desenvolvimento de duas capacidades: o conhecimento fonético e fonológico. Desta forma, engloba uma série de movimentos em que estão envolvidos o sistema motor (articulação) e linguístico (fonologia) (Smit, 2004). Estes dois conceitos apresentam uma relação muito próxima. Contudo, esta relação não deve inviabilizar a separação de cada um dos conceitos, uma vez que cada um deles se refere a uma ciência específica (Barbosa, 1994). Enquanto a fonética se preocupa com a forma como os sons são produzidos pelos falantes, a fonologia debruça-se sobre o modo como estes sons são usados na linguagem (Ball, Muller, & Rutter, 2010). A propriedade mais importante na formulação do discurso é a estrutura fonológica. Ela permite, através de um inventário reduzido de unidades sonoras que se combinam umas com as outras, formar um vasto leque de palavras, que possibilita a comunicação (Schiller & Meyer, 2003).

2.2. Perturbações dos sons da fala (“speech sound disorders”)

A produção de fala exige conhecimentos ao nível da linguagem (fonologia) e das capacidades de produção e percepção (Bleile, 2004). As perturbações dos sons da fala podem abranger inúmeras alterações que podem comprometer a componente fonológica, fonética ou ambas (Cesarin, 2006; Santana, Machado, Bianchi, Freitas, & Marques, 2010). Os termos utilizados para designar as perturbações dos sons da fala foram sofrendo modificações ao longo dos tempos, alterando o significado atribuído aos mesmos. Segundo Bowen (2009), até à década de 70, usava-se apenas o termo articulação, sendo que as dificuldades de fala eram tidas como uma perturbação funcional da mesma. Na década seguinte surgiram os dois termos “articulação” e “fonologia”, e eram apresentados os

conceitos de dificuldades articulatórias e dificuldades fonológicas. Contudo, era realizada uma intervenção de base articulatória. Entre 1980 e 1990, foram propostas várias modificações dos conceitos utilizados. Inicialmente, as expressões perturbação articulatória e perturbação fonológica eram utilizadas frequentemente como sinónimos. Mais tarde, as alterações na produção de fala eram caracterizadas como uma dificuldade fonológica ou dificuldade articulatória, sendo que nesta altura valorizava-se mais a fonologia. No final desta década alguns autores propõem que se caracterizem as alterações de produção de fala como um atraso ou uma perturbação fonológica, com uma afeção da componente fonética. Atualmente, verifica-se a utilização da expressão *perturbação dos sons da fala* (“Speech Sound Disorder”) (Bowen, 2009). Esta é utilizada por vários autores para fazer referência aos vários tipos de perturbação que podem ser observados no discurso da criança (Baker & McLeod, 2011; Bowen, 2009; Kamhi, 2006; Lousada, et al., 2013; Skahan, Watson, & Lof, 2007). No entanto, observa-se ainda a ocorrência das mais variadas terminologias: distúrbios articulatórios; distúrbios da fala; atraso de fala; distúrbio fonológico; distúrbio fonético; desvio fonológico; desvio fonético; dislália fonética; dislália fonológica. Ainda hoje alguns deles são utilizados como sinónimos, sem que sejam consideradas as diferenças conceptuais entre eles (Cesarin, 2006; Santana, et al., 2010).

As crianças com uma *perturbação dos sons da fala* (Baker & McLeod, 2011; Bowen, 2009; Dodd, Holm, Hua, & Crosbie, 2003; Kamhi, 2006; L. D. Shriberg, 2003; Skahan, et al., 2007) apresentam lacunas no seu sistema de sons que podem provocar uma dificuldade para produzir ou compreender os fonemas. Estas alterações podem compreender erros de substituição, erros de estrutura silábica, distorções de fonemas e alterações prosódicas. As dificuldades de produção podem surgir devido a um fator isolado ou a uma combinação de fatores, entre os quais se destacam fonéticos (articulação), fonémicos (cognitivo-linguístico), estruturais (craniofacial), perceptuais ou neuro-motores (Bowen, 2009).

Segundo a classificação internacional apresentada por vários autores (Bowen, 2009; Broomfield & Dodd, 2004; Crosbie, Holm, & Dodd, 2005), as perturbações dos sons da fala podem ser divididas em perturbação articulatória (PA), atraso fonológico (AF), perturbação fonológica consistente (PFC), perturbação fonológica inconsistente (PFI) e dispraxia.

A *perturbação articulatória* é definida como uma incapacidade para produzir de forma adequada um fonema ou conjunto de fonemas específicos, quer seja de forma isolada ou num contexto fonético. Nesta situação, o fonema pode ser distorcido ou substituído por outro devido a um problema de carácter motor (Broomfield & Dodd, 2004; Crosbie, et al., 2005).

O *atraso fonológico* é caracterizado pelo uso de padrões de erro regulares que ocorrem no desenvolvimento típico, mas numa idade em que já não é esperado. As crianças com atraso fonológico apresentam processos fonológicos semelhantes aos de crianças com desenvolvimento típico, diferindo apenas na idade em que eles se evidenciam e na frequência com que são utilizados (Bowen, 2009; Crosbie, et al., 2005).

Além dos quadros já apresentados, há crianças que apresentam no seu discurso um padrão fonológico menos comum devido a um desenvolvimento fonológico atípico. Nesta situação podemos ter uma *perturbação fonológica consistente*, quando a criança usa, para além dos processos fonológicos típicos, processos fonológicos que não são frequentes no desenvolvimento fonológico normal (processos atípicos). O uso sistemático destes processos atípicos indica uma incapacidade em compreender o seu sistema fonológico. Estas crianças tendem a evidenciar maiores dificuldades em tarefas de consciência

fonológica, de metalinguagem e de literacia e uma performance normal em tarefas oromotoras e de planeamento motor da fala (Bowen, 2009; Broomfield & Dodd, 2004; Crosbie, et al., 2005)

Por outro lado, a *perturbação fonológica inconsistente* é caracterizada por uma produção variável dos mesmos itens lexicais ou características fonológicas, quer seja no mesmo contexto ou em diferentes contextos. A inconsistência caracterizada por vários tipos de erros sugere a falta de um sistema fonológico estável devido a um défice no planeamento fonológico, ou seja, dificuldades ao nível da seleção e sequenciação dos fonemas. Este tipo de perturbação é distinto da dispraxia, embora a inconsistência seja característica das duas perturbações (Bowen, 2009; Crosbie, et al., 2005).

Bowen (2009), apresenta um último tipo de perturbação dos sons da fala, a *dispraxia*. Esta é caracterizada por um padrão de produção desviante que se assemelha ao das crianças com perturbação fonológica inconsistente, mas com algumas diferenças entre as duas. O padrão de fala das crianças com dispraxia é marcado por: procura do ponto de articulação; omissões de sons e sílabas; alterações na prosódia; inconsistência nas pausas do discurso (Bowen, 2009, 2011; Ozanne, 2005); melhor desempenho na produção espontânea do que na imitação (Broomfield & Dodd, 2004).

2.3. Perturbações fonológicas

Existem vários estudos que apresentam dados sobre a prevalência (Law, Boyle, Harris, Harkness, & Nye, 2000; McLeod & Harrison, 2009; Roulstone, Miller, Wren, & Peters, 2009; L. Shriberg, Tomblin, & McSweeny, 1999; Wren, McLeod, White, Miller, & Roulstone, 2013), fatores de risco e fatores de proteção (Campbell et al., 2003; Harrison & McLeod, 2010) para as perturbações de linguagem e fala nas crianças. A prevalência das perturbações de linguagem e fala varia entre 1 e 25% nos vários estudos, mas se forem considerados os estudos de revisão da literatura mais recentes (Law, et al., 2000; McLeod & Harrison, 2009) observa-se que a percentagem de crianças com perturbações de fala e linguagem ronda os 6%.

Atualmente, surgem vários estudos internacionais que revelam diferentes percentagens de ocorrência das perturbações dos sons da fala (Cesarin, 2006; Santana, et al., 2010). As perturbações articulatórias e fonológicas são as que ocorrem em maior número na comunidade infantil, podendo repercutir-se a nível social e escolar, se não forem diagnosticadas atempadamente (Ferrante, et al., 2009; Gierut, 1998). Segundo dados da ASHA, em 2006 cerca de 91% dos terapeutas da fala acompanhavam casos de perturbações fonológicas ou articulatórias (Castrogiovanni, 2008). Bowen (2009) afirma que cerca de 15% das crianças com 3 anos apresentam limitações ao nível da inteligibilidade do seu discurso e que 8% das crianças entre os 3 e os 11 anos de idade evidenciam algum tipo de perturbação fonológica. Por outro lado, Gierut (2010) refere que as perturbações fonológicas são as alterações de comunicação mais frequentes entre as crianças de idade pré-escolar e escolar, afetando cerca de 10% dessa população. Broomfield e Dodd (2004), num estudo sobre a prevalência das perturbações dos sons da fala, concluem que 13% das crianças demonstra uma perturbação articulatória, 57% evidencia um atraso fonológico, 21% apresenta uma perturbação fonológica consistente e 9% uma perturbação fonológica inconsistente. Nenhuma criança foi identificada com dispraxia (Broomfield & Dodd, 2004).

McKinnon, McLeod, & Reilly (2007), realizaram um estudo na Austrália, com 10425 crianças, acerca da prevalência das perturbações da fluência, da voz e dos sons da fala. Na sua análise verificaram que 1% das crianças avaliadas apresentam uma perturbação

dos sons da fala. Neste estudo, verificaram que as faixas etárias mais baixas são as que apresentam um maior número de casos, e o número diminui com a idade (McKinnon, McLeod, & Reilly, 2007).

Em Portugal existem poucos estudos que nos permitam apurar qual a percentagem de perturbações articulatórias e fonológicas. Uma investigação realizada na zona de Aveiro, com uma amostra de 630 crianças, mostrou que a perturbação com maior prevalência foi a fonológica (Costa, 2008).

Alguns estudos recentes (Harrison & McLeod, 2010) apresentam uma revisão de estudos anteriores juntamente com a recolha de novos dados que poderão permitir a identificação precoce de crianças com perturbações de linguagem e fala. A história familiar é um dos riscos identificados (Campbell, et al., 2003) mas há uma necessidade de outros estudos acerca de análise genética e hereditariedade (Stein et al., 2011). Esta informação pode ser particularmente importante para o estabelecimento de programas de intervenção que envolvam a família e cuidados de saúde primários, podendo ser uma forma importante de prevenção.

2.4. Instrumentos de avaliação

Para realizar a avaliação no que concerne aos domínios fonético e fonológico, podem ser utilizados diferentes instrumentos: Teste de Articulação Verbal (TAV) (Guimarães & Grilo, 1997); Teste de Avaliação da Produção Articulatória do Português Europeu (TAPAC-PE) (Falé, Faria, & Monteiro, 2001); Teste Fonético-Fonológico - Avaliação da Linguagem Pré-Escolar (TFF-ALPE) (Lousada, Mendes, Valente, & Hall, 2012; Mendes, Afonso, Lousada, & Andrade, 2013); Prova de Avaliação de Capacidades Articulatórias (PACA) (Baptista, 2009); Prova de Avaliação da Articulação de Sons em Contexto de Frase para o Português Europeu (Vicente et al., 2006).

O TAV avalia todas as consoantes do Português Europeu em posição inicial medial e final de palavra e ainda 8 grupos consonânticos. A avaliação é efetuada através da apresentação de imagens, as quais devem ser nomeadas pela criança, sendo registada a produção espontânea e/ou a repetição (Guimarães & Grilo, 1997).

O TAPAC-PE avalia a produção articulatória de todas as consoantes do Português Europeu, em diferentes posições na palavra, com a utilização de imagens ou leitura de palavras (Falé, et al., 2001).

O TFF-ALPE é um teste criado para avaliar a produção das consoantes, vogais orais e nasais e grupos consonânticos do Português Europeu. Este teste contempla as várias posições que os fonemas podem assumir na palavra, sendo que a avaliação é realizada através da nomeação de imagens. Por outro lado, este instrumento permite obter a percentagem de ocorrência dos processos fonológicos e apresenta valores standardizados para crianças com idades entre os 3 anos e 0 meses e os 6 anos e 11 meses, falantes do Português Europeu (N=768) (Lousada, et al., 2012; Mendes, et al., 2013).

A PACA consiste na avaliação da produção de 18 consoantes do Português Europeu, nas várias posições (inicial, medial e final) e de 6 grupos consonânticos. Tal como os outros instrumentos, este teste também é aplicado através da nomeação de imagens (Baptista, 2009).

A Prova de Avaliação da Articulação de Sons em Contexto de Frase para o Português Europeu consiste na avaliação da produção de 19 consoantes do Português Europeu (em posição inicial, medial e final) e de 6 grupos consonânticos (apenas em posição inicial), utilizando duas narrativas ilustradas para o efeito. (Vicente, et al., 2006).

2.5. A intervenção

As crianças com perturbações de fala e linguagem constituem grande parte dos casos acompanhados em Terapia da Fala. Estas podem apresentar qualquer alteração no sistema de produção de fala que resulta numa diminuição da inteligibilidade do discurso, sendo por isso, uma população muito heterogênea (Pascoe, et al., 2010).

Há um grande número de abordagens a utilizar na intervenção com crianças com perturbação dos sons da fala (Baker & McLeod, 2011). Uma recai sobre a componente articulatória (abordagens de base motora) e outras incidem na componente fonológica (abordagens de base fonológica). As abordagens de base motora focam-se na discriminação e produção do som alvo, incidindo nas capacidades motoras exigidas para a produção de cada um dos fones. A intervenção de base fonológica centra-se na reorganização do sistema fonológico da criança (Dodd & Bradford, 2000).

A escolha de uma abordagem de intervenção pode não ser simples, uma vez que existem diferentes formas de promover a melhoria do discurso da criança. Há vários fatores que podem influenciar esta seleção, como a experiência do TF (Kamhi, 2006; Pascoe, et al., 2010), os seus valores, os seus conhecimentos, a familiaridade com determinadas abordagens e os resultados obtidos com um caso específico (Kamhi, 2006). Existem várias abordagens de intervenção possíveis de aplicar em crianças com perturbação dos sons da fala (Joffe & Pring, 2008):

- **Discriminação Auditiva** (Berry & Eisenson, 1956)

O treino da discriminação auditiva pode ser parte integrante de algumas das abordagens de intervenção. No entanto, pode ser referida como uma abordagem independente das restantes, encontrando-se associada à abordagem articulatória tradicional. Na fase inicial da sua aplicação o TF dá informações acerca da produção do som alvo de forma isolada (ponto e modo de articulação). De seguida, a criança deve identificar o som alvo numa lista de palavras produzidas pelo TF (inicialmente em posição inicial e depois nas várias posições), e depois em frases. Depois, é dado o modelo correto do som alvo, isoladamente, em palavras e em frases, intensificando a sua produção. Por fim, a criança tem que identificar as produções corretas e incorretas do som alvo, nas palavras produzidas pelo TF (Bernthal & Bankson, 2004; Berry & Eisenson, 1956).

- **Terapia dos Pares Mínimos** (Weiner, 1981)

Na terapia dos pares mínimos o TF utiliza pares de palavras com significados distintos que diferem em apenas um som. Quando a criança produz uma palavra durante a atividade (e.g., pato em vez de fato), o TF aponta para a imagem correspondente à palavra produzida pela criança e não para a que a criança pretendia produzir. O objetivo é que a criança perceba que cada uma das palavras tem um referente diferente e que por isso, é necessário produzir o som correto para não comprometer o processo de comunicação. É uma abordagem de base fonológica (Bowen, 2011; Crosbie, et al., 2005; Weiner, 1981).

- **Terapia de Oposições Máximas** (Gierut, 1990)

Gierut (1990) descreveu uma variação da terapia dos pares mínimos. Em vez de contrastar o som alvo com o erro da criança, a intervenção usa uma comparação independente. O contraste do som alvo tem que ser um som que a criança produza corretamente e o mais diferente possível do som alvo (Crosbie, et al., 2005), ou seja, são criados pares de palavras que diferem em apenas um fonema, sendo que este deve diferir

em dois ou mais traços distintivos. A terapia de oposições máximas tem como objetivo reorganizar o sistema fonológico da criança através da percepção auditiva, imitação, produção espontânea do fonema alvo e generalização da produção (Gierut, 1990; Mota, Silva, & Mezzomo, 2008). É uma abordagem de base fonológica (Crosbie, et al., 2005).

- **Terapia Articulatória** (Riper & Erickson, 1984)

A terapia articulatória envolve treino perceptivo, correção das produções, estabilização da produção correta e transferência da nova capacidade de produção para todas as situações do quotidiano. Normalmente, este processo é iniciado com a produção isolada do fonema, depois em sílabas, palavras e frases. Esta abordagem considera que os erros de produção têm uma base motora e centra-se por isso na postura e movimento dos articuladores em conjunto com a estimulação auditiva (Bernthal & Bankson, 2004; Riper & Erickson, 1984).

- **Sincronização/Coordenação Sucção-Deglutição-Respiração** (Oetter, Richter, & Frick, 1993)

A intervenção com este programa visa proporcionar estímulos sensoriais para toda a cavidade oral, faringe, laringe e sistema respiratório. Esta intervenção baseia-se na utilização de atividades definidas para a componente motora (M), oral (O), respiratória, (R) e olho/mão (E) e cada atividade é classificada segundo uma escala que varia entre 1 e 4 (1 refere-se às tarefas mais fáceis e o 4 às mais complexas). É uma abordagem que permite integrar as respostas motoras e sensoriais, possibilitando a coordenação entre a respiração, a produção vocal, os movimentos articulatorios e a produção verbal (Pate, 2000).

- **Treino Oro-Motor Não-Verbal** (Lancaster & Pope, 1989)

O treino oro-motor não-verbal consiste na prática de movimentos que estão envolvidos no processo da fala. Estes podem incluir posicionamento das estruturas, sopro, deglutição e outros exercícios não-verbais. Este método pode ser utilizado por um grupo heterogéneo de pacientes, nomeadamente em pessoas com fenda palatina, disartrias, autismo, alterações vocais, perturbações fonológicas, disfagias e perdas auditivas (Lass & Pannbacker, 2008).

- **Programa Nuffield (“Nuffield Dyspraxia Programme”)** (Nuffield Hearing and Speech Centre 2004)

O Programa Nuffield baseia-se na aprendizagem de capacidades motoras, com particular ênfase na capacidade de programação motora. Esta abordagem centra-se no output, mas também é tido em conta o nível de processamento do discurso. Este programa tem como objetivo principal a construção de um discurso preciso, a partir de unidades simples, como fonemas e sílabas simples. Como a fala incorpora uma componente linguística, este programa inclui também o desenvolvimento de capacidades fonológicas, através da utilização de pares mínimos de palavras ("Nuffield Centre Dyspraxia Programme," 2012).

- **Vocabulário Fundamental** (“Core vocabulary”) (Dodd & Iacono, 1989)

A abordagem do vocabulário fundamental destina-se a crianças com perturbação fonológica inconsistente. Neste método são envolvidas pessoas dos vários contextos da criança, de forma a reunir uma lista de cerca de 50 palavras que tenham significado para a criança. São escolhidas 10 palavras por semana que vão sendo usadas durante as sessões.

Quando a criança demonstra uma produção consistente das palavras, estas são retiradas da lista inicial (Bowen, 2009; McIntosh & Dodd, 2008). É uma abordagem de base fonológica (Bowen, 2011).

- **Abordagem Linguística Global** (“Whole-language approach”) (Hoffman, Norris, & Monjure, 1990)

A abordagem linguística global destina-se a crianças que apresentem uma perturbação fonológica moderada ou grave, concomitantemente com uma perturbação da linguagem expressiva. Esta abordagem consiste na leitura de uma narrativa por parte do TF, com a utilização de frases simples e curtas. Esta é novamente recontada, mais tarde, com enunciados progressivamente mais complexos. Como se trata de uma pequena história, a criança deve repetir cada enunciado e, depois, se conseguir, deve contar toda a história. A terapia tem, assim, um carácter conversacional que envolve histórias, sem a presença de imagens ou objetos (Bowen, 2009).

- **Bombardeamento Auditivo** (Hodson & Paden, 1991)

O bombardeamento auditivo consiste na repetição de um som através de várias atividades. Uma sessão com este método pode ser realizada com uma tarefa que enfatize o som alvo a ser estimulado. Esta tarefa pode ser efetuada tendo em conta a lista de palavras que foi elaborada com esse fonema, de forma a que este seja utilizado de forma constante. O TF lê a lista de palavras à criança durante a sessão. É um método utilizado para promover a consciência do som alvo e é aplicado segundo listas previamente elaboradas com os fonemas específicos (Smit, 2004).

- **“Metaphon”** (Howell & Deane, 1991)

Howell e Deane (1991) descreveram o programa “Metaphon” que se baseia nas propriedades contrastantes dos sons da fala. Este programa visa aumentar a consciência linguística que permite enfatizar as semelhanças e as diferenças dos sons, reconhecendo e agrupando os mesmos. A essência do método “Metaphon” está no desenvolvimento da consciência cognitiva das propriedades dos sons, que permitem desenvolver estratégias e capacidades que promovam o processo de comunicação (Bowen, 2009). É uma abordagem de base fonológica (Bowen, 2011; Crosbie, et al., 2005).

- **Consciência Fonológica** (Gillon, 2000)

A intervenção ao nível da consciência fonológica tem como objetivo desenvolver a consciência fonémica e intrassilábica da criança. Durante a realização das atividades de consciência fonológica a criança deve também praticar a produção dos sons e o TF fornece o modelo correto dos sons e das palavras alvo. A terapia de consciência fonológica inclui atividades de correspondência fonema-grafema, identificação, reconstrução, segmentação e manipulação fonémica (Gillon, 2000; Gillon & McNeill, 2007).

- **Articulação com Pistas Gestuais** (“Cued Articulation”) (Passey, 1990)

O “Cued Articulation” refere-se a um conjunto de signos gestuais que representam os sons da palavra. Cada movimento representa um som diferente e dá pistas acerca da forma como o som é produzido (Botham, 2013).

- **Abordagem dos Ciclos** (Hodson & Paden, 1991)

A abordagem dos ciclos combina metodologias tradicionais e linguísticas e foi criada para trabalhar com crianças que apresentem um discurso muito pouco inteligível. É designada por abordagem dos ciclos por abordar os diferentes padrões fonológicos durante um determinado período de tempo, denominado ciclo. Durante uma sessão de intervenção é trabalhado apenas um padrão de erro. A aplicação desta abordagem inclui vários procedimentos: bombardeamento auditivo, treino de produção, atividades meta-fonológicas, utilização de provas para averiguar qual o padrão alvo da sessão seguinte, repetição da tarefa de bombardeamento auditivo e descrição do trabalho para realizar em casa (Hodson, 2006). Neste método a intervenção centra-se ao nível da palavra e no estabelecimento de contrastes fonémicos, em vez de aperfeiçoar a precisão fonética. A abordagem dos ciclos visa a organização fonémica, com o objetivo de promover o desenvolvimento do sistema fonológico da criança e, assim, melhorar a inteligibilidade do discurso (Bowen, 2009; Kamhi, 2006). É uma abordagem de base fonológica (Bowen, 2011).

- **Abordagem centrada na família**

Na abordagem centrada na família o objetivo é envolver os pais na intervenção e criar uma relação entre estes e os terapeutas da fala que possa ser benéfica na intervenção. Desta forma, há uma aprendizagem conjunta e as decisões poderão ser igualmente tomadas pelas duas partes (Pappas, 2009). Um exemplo deste tipo de intervenção é a abordagem Parents and Children Together (PACT) que define sessões semanais em que a criança e o TF estão sozinhos na primeira parte da sessão e na última parte os pais participam, para que o TF possa dar indicações acerca da intervenção. Deste modo, os pais têm uma participação ativa em algumas atividades da sessão e na componente que envolve os trabalhos em casa (Bowen, 2009; Bowen & Cupples, 2006).

2.6. Duração da intervenção

Estudos realizados internacionalmente apresentam diferentes propostas para a duração da intervenção em crianças com perturbação fonológica. Baker e McLeod (2011) apresentaram resultados de uma investigação, em que foram analisados 132 estudos (entre 1979 e 2009). Grande parte destes (70%) fazia referência a uma intervenção individual, com uma duração entre 30 a 60 minutos. Nestes estudos verificaram também que a frequência da intervenção variava entre duas (37%) a três sessões (23%) por semana (Baker & McLeod, 2011).

Em Portugal, verifica-se que as sessões terapêuticas têm uma duração média de 45 minutos, mas podem variar entre os 30 e os 60 minutos. Por outro lado, a duração da intervenção deve ser planeada tendo em conta a “prática baseada na evidência” e o tipo e gravidade da perturbação em questão (Lousada, 2012).

2.7. Estudos sobre a prática clínica dos terapeutas da fala nas perturbações fonológicas

Joffe e Pring (2008) desenvolveram um estudo acerca da prática clínica dos terapeutas da fala com crianças que apresentam perturbação fonológica. Estes autores (Joffe & Pring, 2008), enviaram um questionário aos terapeutas da fala, onde questionavam a percentagem de crianças com este tipo de perturbação, qual o seu grau de confiança na

intervenção com estas crianças, qual a sua especialização e que tipo de abordagens estes profissionais utilizavam para intervir nestes casos. Numa população de terapeutas da fala superior a 14 000 profissionais ("Royal College of Speech & Language Therapists," 2013), obtiveram 98 respostas. Quase metade dos inquiridos possuía mais de 10 anos de experiência e os restantes encontravam-se entre os 4 e os 10 anos. Muitos os profissionais não tinham qualquer tipo de especialização e apenas 7 revelaram maior experiência com perturbação fonológica. Além disso, observaram que cerca de 33 inquiridos afirmaram ter mais de 40% de casos com perturbação fonológica e apenas 10 indicaram ter mais de 70%. A dispraxia foi apontada pela maioria como a perturbação menos frequente (menos de 10% da casuística). Da mesma análise puderam verificar que existia uma relação entre a área de especialização e o número de casos indicados, uma vez que os especialistas apontaram uma maior percentagem. Por outro lado, o grau de confiança na intervenção era mais elevado em profissionais com mais experiência, apesar de uma grande percentagem ter selecionado "confiante" ou "muito confiante". Estes profissionais, contudo, revelaram alguma dificuldade em apresentar diferenças entre o atraso fonológico e a perturbação fonológica e entre esta e a dispraxia (onde as respostas foram mais discrepantes) (Joffe & Pring, 2008).

Em relação às abordagens utilizadas, o estudo de Joffe e Pring (2008) revelou que os terapeutas ingleses usam com maior frequência a Discriminação Auditiva, a Terapia da Consciência Fonológica, a Terapia dos Pares Mínimos e o envolvimento dos pais. O Treino Articulatório, o Treino Oro-Motor Não-Verbal e o Programa Nuffield foram apresentadas como abordagens opcionais, uma vez que os terapeutas (entre 50 e 60%) referem que usam "às vezes". Segundo o estudo, os terapeutas da fala selecionam as abordagens tendo em conta a idade da criança, a participação dos pais, as características da linguagem e as capacidades cognitivas (Joffe & Pring, 2008).

Um outro estudo, realizado na África do Sul (Pascoe, et al., 2010), pretendeu descrever os métodos utilizados naquele país, pelos terapeutas da fala que trabalhassem com crianças com dificuldades na fala, especificando as abordagens aplicadas. Para obter estes dados foram enviados questionários para 155 terapeutas da fala, dos quais só responderam 28. Cerca de metade dos inquiridos revelou grande experiência (mais de 10 anos) e indicou que mais de 40% dos seus casos apresentavam alterações de fala. Em relação às abordagens de intervenção, 8 dos inquiridos afirmaram ter uma abordagem que utilizam de forma sistemática na intervenção com estas crianças. Os restantes terapeutas indicam que há fatores que condicionam esse uso e, por isso, parecem utilizar uma combinação das mesmas. Entre estes fatores refere-se a idade da criança, o envolvimento dos pais, a frequência do acompanhamento, o tipo de erros da criança (consistente ou inconsistente) e o diagnóstico (atraso ou perturbação). Nesta investigação (Pascoe, et al., 2010) verificou-se que os métodos aplicados com maior frequência são a Discriminação Auditiva, a Terapia da Consciência Fonológica, o Treino Articulatório, o Vocabulário Fundamental, a Terapia dos Pares Mínimos, a Articulação com Pistas Gestuais e a Abordagem Linguística Global. As restantes abordagens tiveram uma menor percentagem de utilização. Os terapeutas inquiridos afirmaram ainda existir evidência clínica para a intervenção com crianças com alterações de fala (Pascoe, et al., 2010).

Um outro estudo, realizado nos Estados Unidos da América (Skahan, et al., 2007) pretendia aferir os procedimentos dos terapeutas da fala com casos de perturbação dos sons da fala. Este foi iniciado com o envio de um questionário a 1000 terapeutas da fala, selecionados aleatoriamente pela ASHA, dos quais responderam 333. Na análise dos resultados verificou-se que a média do tempo de exercício profissional ultrapassava os 15 anos, acompanhavam cerca de 40 casos, sendo que mais de metade envolvia esta patologia.

No que concerne ao envolvimento dos pais e professores na avaliação, 13% afirmou não existir qualquer interação por parte dos pais. Na grande maioria, há um envolvimento destes elementos no processo de avaliação (Skahan, et al., 2007).

2.8. Instrumento de Investigação – Questionário

Os processos de investigação recorrem, maioritariamente aos questionários como meio de recolha de informação. Isto porque, além de permitirem esta recolha sem haver contacto pessoal, permitem questionar um número elevado de pessoas em tempo reduzido, o que numa investigação é considerado um fator muito importante (Litvin & Kar, 2001).

Há diversas formas de aplicação de questionários, sendo por isso necessário seleccionar o que se enquadra melhor em cada tipo de investigação. Com o desenvolvimento das tecnologias é possível aplicar questionários, não só no formato tradicional, papel, como também em formatos *online*. Estes últimos têm ganhado uma grande dimensão, devido à expansão do mundo eletrónico e da internet (Litvin & Kar, 2001; Saris & Gallhofer, 2007). Assim, torna-se importante estudar as vantagens e desvantagens de cada um dos formatos, de forma a seleccionar aquele que melhor se enquadra em cada investigação.

O formato tradicional do questionário pode incluir modalidades como a entrevista pessoal, via telefone ou por correio. Especificando o questionário em papel, talvez um dos formatos mais comuns, este pode acarretar custos elevados e leva a que o investigador invista demasiado tempo na organização da informação, assim como na recolha e tratamento dos dados. Além disso, o facto de o respondente ter que enviar a resposta pelo correio pode causar incómodos e assim, serem poucas as respostas obtidas. Em relação à entrevista pessoal e via telefone, estas incluem igualmente elevados gastos (em deslocações ou em telefone), e limitam a aplicação do questionário, geograficamente (Saris & Gallhofer, 2007).

Existe ainda a questão do tratamento dos dados. No formato tradicional este é, geralmente, mais demorado, pois é preciso analisar cada resposta individualmente. Assim, esta aplicação parece ser mais demorada na sua globalidade, uma vez que é necessário um maior intervalo de tempo para concluir cada etapa.

De uma forma geral, podemos considerar que a aplicação de um questionário em formato papel pressupõe um custo elevado, baixa versatilidade, baixo controle da amostra, baixo índice de resposta e dificuldade de verificação de respostas (Evans & Mathur, 2005).

Os questionários *online* consistem num conjunto de questões que são disponibilizadas através da internet, sem que haja necessidade de usar papel. Este formato exige menos gastos e o trabalho para devolver a resposta é menor do que o seu envio através do correio tradicional (Dillman, Tortora, & Bowker, 1998). Por outro lado, este permite obter uma amostra superior, uma vez que os dispositivos eletrónicos possibilitam o contacto com pessoas de zonas geográficas diversas. Contudo, observam-se limitações na sua extensão e aplicação. Se este for muito extenso, poucas são as pessoas capazes de despender algum tempo para responder a um questionário no computador. Além disso, os questionários *online* não são funcionais em todo o tipo de pesquisas, devido a possíveis limitações de acesso à internet. Estes devem ser utilizados quando a população escolhida tenha condições de acesso *online* de forma muito idêntica, para obter o maior número de respostas possível (Evans & Mathur, 2005; Saris & Gallhofer, 2007).

Uma outra questão prende-se com a divulgação de um questionário através da internet. Esta também traz vantagens para o investigador, uma vez que permite organizar melhor toda a informação e há um maior controlo das respostas. Com o questionário *online*

controlam-se aspetos como o preenchimento de todas as respostas e o tempo necessário para a recolha de dados. Além disso, o método de recolha dos dados pode ser realizado de forma automática, o que reduz consideravelmente a ocorrência de erros. Todos estes mecanismos podem beneficiar o processo de investigação em termos do tempo dispensado para cada uma das etapas (Evans & Mathur, 2005).

O formato *online* parece trazer mais vantagens em relação aos anteriormente apresentados no que concerne à agilidade na aplicação e na recolha das respostas, facilidade na obtenção de amostras de maiores dimensões, quando há um fácil acesso à internet, flexibilidade na elaboração das questões, baixo custo de implementação e exigência de resposta completa (Evans & Mathur, 2005).

Relativamente ao custo de cada um dos formatos este tende a ser mais elevado no formato tradicional. Se pensarmos nos custos imediatos este pode ser considerado mais dispendioso. No entanto, esta constatação pode não ser a mais correta se pensarmos nos meios que o formato *online* exige. Para a aplicação de questionários via eletrónica é necessário ter uma estrutura mínima para a sua elaboração, aplicação e tratamento de dados, como computador, ligação à internet e *software* específico para a análise de dados. Todas estas questões exigem um custo superior ao do formato tradicional (Saris & Gallhofer, 2007). No entanto, não é um gasto imediato, uma vez que, por norma, é um suporte existente para a maioria dos investigadores.

Uma outra questão prende-se com a receção das questões por parte dos utilizadores. Alguns autores (Litvin & Kar, 2001) puderam concluir que nem sempre os endereços de correio eletrónico estão corretos. Neste formato, a receção de uma mensagem instantânea a informar que ocorreu um erro de envio permite selecionar outro elemento para enviar o questionário. No formato de papel esta situação demoraria dias, até que chegasse a informação dos correios de que haveria um erro (como a morada estar incorreta).

Estudos realizados permitem comparar a eficácia dos dois formatos a vários níveis. Weible e Wallace (1998) desenvolveram uma investigação com 800 professores americanos, em que compararam quatro formatos de envio de questionários (correio, fax, e-mail e formulário na internet), tendo em conta as mesmas variáveis: endereços, respostas obtidas, tempo de resposta e custo. No que respeita às respostas obtidas, constataram que há um maior número de inquiridos a responder, quando o formulário é enviado pelo correio. No entanto, o valor obtido para cada um dos formatos não difere em grande escala, e esta conclusão relaciona-se com as limitações de acesso à internet por parte de algumas pessoas. Relativamente à identificação de endereços verificaram que foi mais fácil identificar e corrigir os endereços dos questionários via internet (e-mail e formulário *online*) devido à mensagem imediata que era recebida quando o endereço não exista ou quando surgia outra incorreção. Quanto ao tempo de resposta os autores verificaram que as pessoas inquiridas através de formato eletrónico devolvem mais rapidamente a resposta, o que pode estar relacionado com o processo automático e simples da devolução. No que concerne ao custo, verificou-se que há um maior gasto no envio de questionários através do correio. No entanto, tal como já foi abordado anteriormente, esta questão é relativa, uma vez que se pensarmos nos meios eletrónicos necessários para o uso da internet, este pode ser mais dispendioso. Assim, também este estudo vem corroborar todas as questões anteriormente apresentadas (Weible & Wallace, 1998).

Outros autores estudados afirmam que, quando comparado com o formato tradicional, a utilização de formulários *online* pode ter algumas limitações, como dificuldades no acesso à internet, questões de privacidade, dificuldade em incluir incentivos (método que por vezes é utilizado no questionário tradicional), formulários menos atrativos,

baixo índice de resposta e baixa fiabilidade dos dados (Evans & Mathur, 2005; Litvin & Kar, 2001).

2.8.1. Elaboração de um questionário

Os questionários *online* apresentam uma natureza dinâmica, ao contrário do formato tradicional. A apresentação de um questionário *online* implica outro tipo de cuidados que o formato de papel não pressupõe. Além do número de questões a preencher, da nota de boas vindas, do tempo necessário e das instruções de preenchimento que os dois formatos exigem, o questionário *online* implica cuidados ao nível do manuseamento das ferramentas *Web* (Couper, 2000; Presser et al., 2004). Assim, é importante que estejam bem visíveis os comandos de navegação de forma a promover uma transição fácil entre as questões e a evitar a desistência por parte dos inquiridos. As questões devem ser apresentadas de forma semelhante ao formato em papel, uma vez que este formato ainda se encontra muito enraizado. Por outro lado, estas devem ser apresentadas segundo uma ordem específica e a sua apresentação deve ser semelhante, evitando diferentes configurações para os mesmos tipos de perguntas. As questões da acessibilidade prendem-se também com o tipo de linguagem utilizada. Esta deve ser acessível e objetiva, de modo a não suscitar dúvidas no tipo de respostas a dar (Dillman & Bowker, 2001; Hill & Hill, 2000).

Uma outra questão a ter em conta prende-se com o *software* a utilizar na construção do questionário. O questionário deverá ser construído num formato compatível com a maioria dos equipamentos eletrónicos utilizados, sem que haja necessidade de adquirir novos programas para aceder ao mesmo. Só assim se poderá garantir a diminuição dos erros de acesso por parte dos inquiridos. Por outro lado, o programa utilizado pode condicionar a obtenção do inquérito, se este não for o mais apropriado. Deverá, então, ser selecionado o método que melhor responda às necessidades dos mais comuns sistemas informáticos (Dillman & Bowker, 2001; Dillman, et al., 1998; Presser, et al., 2004).

No que respeita ao processo de aplicação devem ser considerados aspetos de apresentação. A estética de um questionário aumenta a probabilidade de um potencial respondente preencher o respetivo questionário (Hill & Hill, 2000).

2.8.2. Processo de adaptação cultural de um questionário

A tradução / adaptação de um questionário para a uma língua inclui um conjunto de passos que devem ser seguidos para que o mesmo seja validado e possa ser utilizado de forma fidedigna. Um questionário elaborado para investigar uma temática numa dada zona geográfica tem que ser sujeito a algumas alterações para poder ser aplicado noutra local. Como este processo pode envolver a tradução, é importante ter em atenção os termos técnicos utilizados para que o objetivo da questão se mantenha. Por outro lado, mesmo que se pretenda estudar a mesma temática, cada país apresenta uma realidade diferente, pelo que é necessário contextualizar todas as questões, de forma a que se enquadrem na situação atual de cada local. Assim, para que um instrumento possa ser utilizado numa língua diferente da original, não deve apenas ser traduzido, deve também ser adaptado, de forma a manter a sua validade (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 1998).

Os questionários podem sofrer adaptações de dois tipos: adaptação intralingua e adaptação interlingua. A primeira forma sugerida é realizada apenas quando é necessário adaptar o mesmo a uma outra variante da mesma língua. Isto é visível, por exemplo em adaptações do Inglês Americano para o Inglês Australiano. A segunda opção consiste na

tradução para uma língua diferente da original. Um exemplo desta situação é a adaptação de um instrumento originalmente Inglês para o Português (Hill & Hill, 2000).

O processo de validação envolve um conjunto de processos apresentados de forma muito semelhante por vários autores (Beaton, et al., 1998; Geisinger, 1994; Gibson; Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993). De uma forma geral, é sugerido que a tradução inicial seja realizada por vários tradutores independentes (Guillemin, et al., 1993). Estes devem apresentar características distintas, sendo que um deles não deve conhecer o objetivo do estudo (Beaton, et al., 1998). As várias versões devem, depois, ser analisadas por uma comissão, que integre profissionais com diferentes formações, ou pelos tradutores iniciais, de forma a obter uma única versão uniformizada. Esta terá que ter em conta vários parâmetros, de modo a que seja mantida a equivalência semântica, idiossincrática, experimental e conceptual, ou seja, pretende-se que os objetivos do instrumento original sejam mantidos e apenas adaptados à realidade da língua-alvo (Guillemin, et al., 1993). Os tradutores devem ser falantes fluentes de ambas as línguas e devem apresentar um bom domínio das duas culturas.

Após ser estabelecida uma única versão esta deverá ser submetida ao processo de retroversão, de forma a analisar se a versão traduzida reflete o conteúdo da original (Guillemin, et al., 1993). Este processo deve ser realizado por nativos da língua original, mas com um domínio equivalente da língua alvo. Além disso, não devem estar ao corrente do estudo nem devem conhecer a versão original, de forma a não enviesar resultados (Beaton, et al., 1998; Guillemin, et al., 1993). Este é o processo que permite avaliar se houve uma correta tradução / adaptação inicial. Quando existe alguma inconformidade, poderá ser necessário rever todos os procedimentos.

Uma das fases seguintes envolve uma comissão de análise da última versão que deverá rever o processo de retroversão e analisar as diferenças encontradas. Após este procedimento deverá ser formulada uma versão pré-final para depois ser aplicada no pré-teste. A comissão, além de integrar diferentes profissionais, poderá ter a participação do autor original e averiguar se as diferenças encontradas alteram de alguma forma o conteúdo da versão original (Guillemin, et al., 1993).

No pré-teste deverão ser selecionados vários profissionais aos quais deve ser submetido o questionário. São vários os autores que sugerem que a amostra não deve ser numerosa (Fortin, 1999; Gibson; Skahan, et al., 2007). Segundo Skahan, Watson e Lof (2007), o pré-teste pode ser aplicado a 10 pessoas com experiência na área pretendida. Este processo tem como objetivo analisar a forma como cada participante interpreta as questões, de forma a poder corrigir possíveis erros antes da aplicação final. Entre estas questões pretende-se que seja avaliada a compreensão semântica, isto é, se os termos utilizados são facilmente compreendidos, a extensão do questionário e se o instrumento apresenta algum tipo de ambiguidade (Fortin, 1999). A aplicação de um pré-teste permite igualmente verificar se a ferramenta *online* funciona de forma adequada ou se são necessárias algumas alterações. Mais uma vez, esta avaliação final poderá ser realizada pela comissão já existente. Após ter sido obtido o resultado do pré-teste e analisadas as respostas, poderá ser aplicada a versão final.

2.8.3. Tipos de questões

Os questionários podem ser constituídos por questões de resposta aberta e questões de resposta fechada. As primeiras são aquelas que permitem ao inquirido desenvolver a sua própria resposta e as questões de resposta fechada (escolha múltipla ou dicotómica) são

aquelas em que a pessoa dá a sua opinião através da seleção de uma das alternativas fornecidas (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2006).

As questões de resposta aberta permitem ao inquirido dar a resposta que lhe parecer mais correta e têm sempre um carácter mais geral (Cargan, 2007). No entanto, têm um carácter mais subjetivo e podem conduzir ao desvio do tema principal. Além disso, a sua interpretação e análise pode ser difícil, uma vez que não permitem uma quantificação e o tempo de análise pode ser mais longo (Breakwell, et al., 2006; Hill & Hill, 2000).

As questões de escolha múltipla são aquelas que incluem um número limitado de opções de resposta. Neste caso, os respondentes terão que selecionar uma das hipóteses, sem poderem manifestar livremente a sua opinião. Para uma boa formulação deste tipo de questões, as alternativas devem ser exaustivas no seu conjunto e mutuamente exclusivas, isto é, o seu conjunto deve abranger todas as hipóteses de resposta possível, mas cada uma individualmente deve excluir as demais. Esta característica permitirá aos inquiridos uma melhor escolha entre as opções. Pode também ser necessário incluir uma opção mais aberta, como por exemplo: “Outro. Qual?”. Esta alternativa garante a exclusão, uma vez que para selecionar esta resposta, o inquirido terá que responder algo completamente diferente das alternativas fornecidas (Hill & Hill, 2000). Ao contrário das questões de resposta aberta, este tipo de questões apresenta uma maior facilidade de aplicação e facilitam o processo de análise. Além disso, apresentam pouca possibilidade de erros e são mais cómodas para o respondente, pela rapidez de preenchimento (Breakwell, et al., 2006). Contudo, para que as opções sejam bem formuladas e com as características já descritas, é necessário mais tempo e um maior cuidado na sua construção. Por outro lado, o facto de já incluir opções de resposta pode influenciar o respondente, uma vez que a sua opinião pode não ser contemplada (Hill & Hill, 2000).

Por fim, surge a possibilidade de incluir questões de resposta dicotómica. Estas são semelhantes às anteriores, mas apresentam apenas duas opções de resposta de carácter bipolar (sim/não; concordo/não concordo). Tal como as anteriores, têm um carácter mais objetivo, o que diminui a hipótese de erros, permitem uma análise mais rápida das respostas e tornam-se mais fáceis para os inquiridos. Todavia, é necessário excluir a hipótese de mais opções numa questão dicotómica. O facto de esta poder apresentar mais alternativas do que as apresentadas pode levar ao desvio de resultados e a erros de medição (Hill & Hill, 2000).

Assim, tendo em conta o tipo de questões utilizadas num questionário este pode ser classificado de três formas distintas: fechado, aberto e misto. Como os próprios nomes indicam, um questionário fechado é constituído apenas por questões de resposta fechada, ou seja, em todas as questões apresentadas surgem opções para a resposta. Pelo contrário, um questionário aberto é composto por questões de resposta aberta, em que o inquirido tem liberdade para expressar a sua opinião em cada uma das questões. Por fim, um questionário misto apresenta os dois tipos de questões mencionadas (Hill & Hill, 2000).

3. MÉTODO

3.1. Objetivos do estudo

Este estudo tem como objetivo principal conhecer as abordagens de intervenção que os terapeutas da fala portugueses aplicam atualmente, em crianças com Perturbação Fonológica, tendo por base os fundamentos teóricos que os orientam. Assim, descrevem-se como objetivos específicos:

- Fornecer dados sobre a prática clínica dos terapeutas da fala;
- Apresentar a área de especialização mais frequente em Portugal;
- Identificar as abordagens de intervenção mais frequentemente utilizadas em crianças com Atraso / Perturbação fonológica;
- Desenvolver uma base de dados de terapeutas da fala que possa ser utilizada em investigações futuras.

3.2. População e Amostra

Grande parte das investigações pressupõe recolha de dados. No entanto, na maior parte das vezes o investigador não consegue recolher dados de toda a população alvo, pelo que é necessário selecionar uma amostra representativa do universo a analisar e, depois, fazer generalizações. A seleção da amostra a analisar pode ser realizada de várias formas, podendo ser classificadas como amostra casual ou não-casual (Hill & Hill, 2000).

O presente estudo pretende averiguar qual o tipo de intervenção mais utilizado pelos terapeutas da fala, em Portugal, nos casos de perturbação fonológica. Desta forma, foi tida como população, todos os terapeutas da fala portugueses, a exercer funções em Portugal. Segundo dados fornecidos pela Associação Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), esta categoria profissional compreendia 1580 terapeutas, em 23 de Abril de 2012.

Tendo em consideração a dificuldade de inquirir todos os terapeutas da fala, foram estabelecidos diversos contactos com o intuito de que o instrumento pudesse chegar ao maior número possível de profissionais. Desta forma, considera-se que a amostra foi conseguida através do efeito bola de neve e da conveniência, ou seja, engloba mais do que um método, sendo por isso uma amostra não aleatória (Fortin, 1999; Hill & Hill, 2000).

De todos os terapeutas inquiridos, foram obtidas 88 respostas ao questionário.

3.3. Desenvolvimento do questionário

A aplicação do questionário pressupôs um conjunto de procedimentos prévios. Inicialmente foi contactado o autor do trabalho original (Joffe & Pring, 2008), que autorizou a adaptação e aplicação do instrumento em Portugal. De seguida, foi realizada a tradução/ adaptação do questionário, tendo sido efetuada uma pesquisa bibliográfica que permitisse estudar o melhor método de validação a aplicar no estudo em causa.

Tendo em consideração que se pretendia utilizar uma ferramenta cuja língua original era o Inglês foi utilizado um processo de adaptação interlíngua. O primeiro passo consistiu em selecionar dois tradutores de nacionalidade portuguesa e com uma boa formação em Inglês, que pudessem traduzir o questionário. A área de formação de cada um deles era diferente, de forma a cumprir os requisitos exigidos. Um dos colaboradores apresentava como área de formação a Arquitetura e o outro a Terapia da Fala. Este facto permitiu, por um lado, obter uma tradução exata do documento original, sem enviesamento

dos termos utilizados e, por outro, adquirir uma versão cujos termos mais específicos fossem traduzidos de forma adequada. A partir destas duas versões, foi formulado um único documento, com a colaboração dos orientadores do estudo.

A versão anteriormente conseguida foi, de seguida, submetida a um processo de retroversão. Este foi realizado por um terceiro colaborador externo, de nacionalidade norte-americana, mas com um igual domínio das línguas e culturas inglesa e portuguesa. A versão resultante deste processo demonstrou algumas diferenças, essencialmente relacionadas com conceitos mais específicos (por exemplo “phonological retardation” em vez de “phonological delay” e “hearing discrimination” em vez de “auditory discrimination”) tendo em conta o trabalho original. Outras alterações verificadas, relativas à construção frásica, relacionam-se com a unificação das duas versões traduzidas inicialmente.

Ao longo do último processo (formulação de uma versão unificada), foram surgindo dúvidas, pelo que houve necessidade de questionar os autores do trabalho original (Joffe & Pring, 2008). Os mesmos foram contactados para que fosse avaliado o processo de retroversão e desta avaliação surgiram algumas sugestões que resultaram num acréscimo de novas questões ao documento original. Foram assim acrescentadas 10 novas questões, que se verificaram importantes para completar o questionário (ver anexo II). Tendo em conta que já tinha sido realizado o processo de adaptação do questionário, estas questões foram traduzidas pela aluna envolvida no estudo e revistas pelos orientadores do trabalho. Depois, foi elaborada uma versão final que foi utilizada na fase do pré-teste.

Para a realização do pré-teste, foram selecionados 10 terapeutas da fala para os quais foi enviado um pedido de colaboração, juntamente com os procedimentos necessários para o preenchimento. O questionário foi disponibilizado na plataforma Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) acsa.web.ua.pt, por ser uma plataforma direcionada para os procedimentos de avaliação e intervenção em saúde. A plataforma ACSA foi desenvolvida com a tecnologia Joomla 1.6.3 e o instrumento utilizado neste estudo foi construído com base no MobiForms for Joomla! 1.6 Version 2.0.2 (26/05/2010), um plugin produzido pela Omicron www.omicronn.se para o município de Umea na Suécia. O *software* usado para desenvolver todos os componentes da plataforma ACSA e grande parte dos recursos disponíveis, são disponibilizados numa forma gratuita, com uma licença baseada nos princípios de distribuição livre propostos pela Free Software Foundation www.fsf.org.

Para aceder ao questionário, cada utilizador teve que fazer um registo prévio, de forma a evitar respostas múltiplas. Além disso, depois de responder ao questionário, cada TF deu o seu parecer, através de um conjunto de questões, que possibilitou analisar se havia alguma questão ambígua, mal formulada ou outro tipo de dificuldades. Através do registo das respostas, foi igualmente possível averiguar se a ferramenta estava a funcionar devidamente.

Após serem analisados os inquéritos de apreciação de cada um dos terapeutas da fala do pré-teste, foram sugeridas algumas alterações pela aluna. Estas prendiam-se com o acréscimo de opções de resposta (de forma a serem exaustivas, como por exemplo “desconheço”) e na eliminação de alguma ambiguidade existente. Estas foram discutidas com os docentes orientadores e foi formulada uma versão final a utilizar na recolha de dados da investigação.

3.4. Recolha de dados

A versão final do questionário foi disponibilizada na plataforma anteriormente indicada (ACSA). Para que o mesmo pudesse ser visto pelo maior número possível de terapeutas da fala, foi enviado um e-mail para uma lista de profissionais, previamente elaborada, onde eram explicados os objetivos do estudo e todos os procedimentos para preencher o questionário. Além disso, foi solicitada a colaboração dos docentes coordenadores do curso de Terapia da Fala das várias instituições de formação, através de contactos de e-mail e via telefone, para que o mesmo fosse divulgado junto dos antigos alunos.

À semelhança do que ocorreu no pré-teste, cada TF teve que efetuar um registo na plataforma para poder aceder ao questionário, evitando as respostas múltiplas. No entanto, a recolha de dados foi totalmente dissociada deste registo, sendo mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. O questionário esteve disponível no final do ano 2012. As respostas obtidas foram automaticamente registadas e guardadas anonimamente pelo sistema no programa *Excel*.

A escolha de um questionário *online* deveu-se ao facto de este ser considerado menos dispendioso economicamente, ter uma maior probabilidade de resposta, ser um processo menos moroso e permitir obter uma amostra mais alargada (Dillman, et al., 1998; Evans & Mathur, 2005).

3.5. Análise dos dados

Os dados recolhidos foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17. A análise realizada incidiu maioritariamente na estatística descritiva, utilizada para apresentar a frequência das variáveis nominais e ordinais. Foram ainda utilizados alguns testes estatísticos para averiguar as relações de dependência entre as variáveis.

O Coeficiente de Correlação de Spearman foi utilizado para averiguar a correlação existente entre as variáveis ordinais do estudo e variáveis quantitativas (Fortin, 1999; Hill & Hill, 2000; Hinton, Brownlow, McMurray, & Cozens, 2004). Desta forma, foi utilizado para analisar a dependência entre as variáveis descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Cruzamento de variáveis cuja análise foi realizada com o Coeficiente de Correlação de Spearman

Anos de experiência	Grau de confiança na intervenção com perturbação articulatória
Anos de experiência	Grau de confiança na intervenção com atraso/perturbação fonológica
Anos de experiência	Grau de confiança na intervenção com dispraxia
Anos de experiência	Frequência do envolvimento dos Pais na intervenção
Anos de experiência	Frequência do envolvimento dos Professores na intervenção
Anos de experiência	Percentagem de casos com perturbação fonológica
Anos de experiência	Percentagem de casos com perturbação articulatória
Anos de experiência	Percentagem de casos com dispraxia
Anos de experiência	Número de abordagens utilizadas ¹
Especialização	Número de abordagens utilizadas

Para avaliar a possível dependência entre as variáveis ordinais e nominais foi utilizado o teste *Qui-quadrado* (Hill & Hill, 2000). Este teste foi aplicado para o cruzamento entre as variáveis descritas na tabela 2.

Tabela 2 - Cruzamento de variáveis cuja análise foi realizada com o Teste Qui-quadrado

Local de trabalho	Frequência das sessões terapêuticas
Local de trabalho	Duração da intervenção
Especialização	Anos de experiência
Especialização	Grau de confiança na intervenção com perturbações articulatorias
Especialização	Grau de confiança na intervenção com atraso/perturbação fonológica
Especialização	Grau de confiança na intervenção com dispraxia
Especialização	Frequência das sessões
Especialização	Duração da intervenção

Para toda a análise foi considerado um $\alpha = 0,05$.

As questões de resposta aberta não foram alvo de tratamento estatístico. O facto de não existirem respostas pré-estabelecidas (como nas questões de resposta fechada) faz com que seja necessário recorrer a outro tipo de análise. De entre as várias formas pode referir-se a análise de conteúdo, que analisa e faz inferências acerca das respostas obtidas. Nesta, as respostas podem ser agrupadas e codificadas em diferentes tipos de resposta, que depois

¹ Esta variável foi criada para fazer a contagem do número médio que cada TF utiliza na sua intervenção com crianças com Atraso/ Perturbação Fonológica. É uma variável quantitativa.

podem ser analisadas (Cargan, 2007). Contudo, no presente estudo, com os dados obtidos através das questões de resposta aberta foram elaboradas sínteses, descritas na secção dos resultados, uma vez que não era objetivo fazer uma análise mais detalhada das mesmas. Desta forma, são apresentadas as opções dos terapeutas da fala na avaliação e intervenção em casos com perturbação fonológica.

3.6. Questões éticas na investigação em saúde

A realização de uma investigação deve seguir um conjunto de princípios éticos que garantam a proteção dos participantes, assim como a realização de uma investigação com interesse científico. A avaliação prévia de uma investigação por parte de uma Comissão de Ética revela-se cada vez mais importante, na medida em que permite verificar a conformidade de todos os procedimentos propostos (Goldim, 2007). Após a obtenção da aprovação, poderão ser dadas as informações aos participantes e solicitar a sua autorização e consentimento informado para a realização do estudo. As informações fornecidas e o consentimento informado devem conter de forma explícita todas as explicações e procedimentos necessários para a participação na investigação. Desta forma os participantes devem ser informados acerca do tipo de estudo a realizar, duração da participação, descrição dos procedimentos de participação, descrição dos riscos ou benefícios para o participante, informação acerca do destino dos resultados finais, contactos do investigador, informação acerca da liberdade de escolha na participação e da opção de desistência em qualquer momento da mesma sem prejuízo próprio e outras informações que possam ser relevantes (Nicolielo et al., 2005).

A presente investigação foi submetida à avaliação externa da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC). Desta avaliação resultou um parecer favorável, em que se verifica que “(...) estarão reunidas as condições para a participação livre e informada; (...) é garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação; não se identificam prováveis danos para os participantes; não há acesso a dados de utentes sujeitos às terapias.” (ver anexo III).

A obtenção do consentimento informado na fase prévia ao preenchimento do questionário possibilitou a cada participante acesso a todas as informações relativas aos procedimentos da investigação e a livre escolha (ver ilustração 3 no anexo I).

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

No estudo foram obtidas 88 respostas de terapeutas da fala portugueses (ver anexo V).

4.1.1. Anos de Experiência Profissional

Os resultados obtidos através da análise estatística realizada revelam que 12 (13,6%) terapeutas da fala apresentam menos de um ano de experiência profissional, 19 (21,6%) entre 1 e 3 anos, 28 (31,8%) entre 4 e 6 anos, 13 (14,8%) entre os 7 e os 10 anos e 16 (18,2%) declaram mais de 10 anos de experiência. Pode observar-se então que 35,2% dos inquiridos são (Joffe & Pring, 2008) inexperientes (até 3 anos de experiência, $n=31$), 46,6% são experientes (entre 4 e 10 anos, $n=41$) e 18,2% são muito experientes (mais de 10 anos de experiência) (ver figura 1).

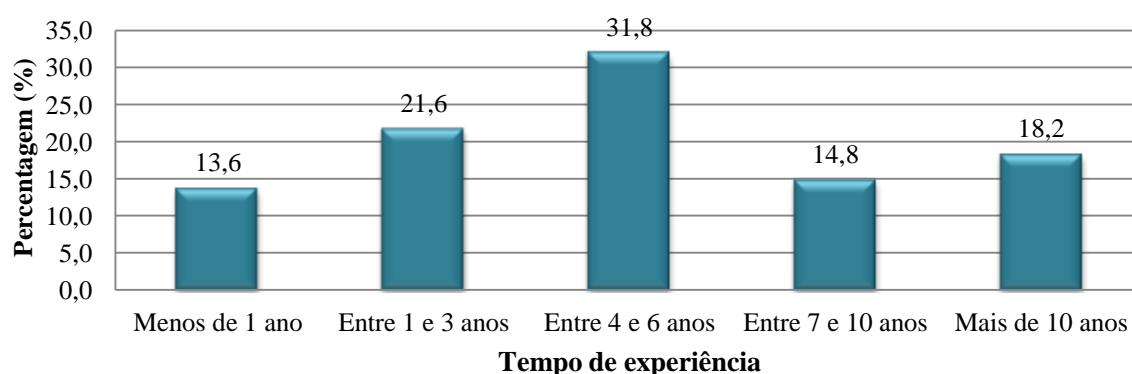


Figura 1 - Anos de experiência profissional

4.1.2. Instituição de formação

No que respeita à instituição de formação observa-se que 31 (35,2%) dos inquiridos estudaram na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), 19 (21,6%) na Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA), 13 (14,8%) na Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto (ESTSP), 6 (6,8%) na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), 6 (6,8%) na Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM), 4 (4,5%) no Instituto Superior do Alto Ave (ISAVE), 3 (3,4%) na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (ESSUALG), 3 (3,4%) na Universidade Fernando Pessoa (UFP), 2 (2,3%) na Universidade Atlântica (ESS-UAtlântica) e 1 (1,1%) concluiu os estudos noutra instituição de formação. Verifica-se assim, que grande parte da amostra foi obtida com terapeutas licenciados pela ESSUA, ESSA e ESTSP (71,6%) (ver figura 2).

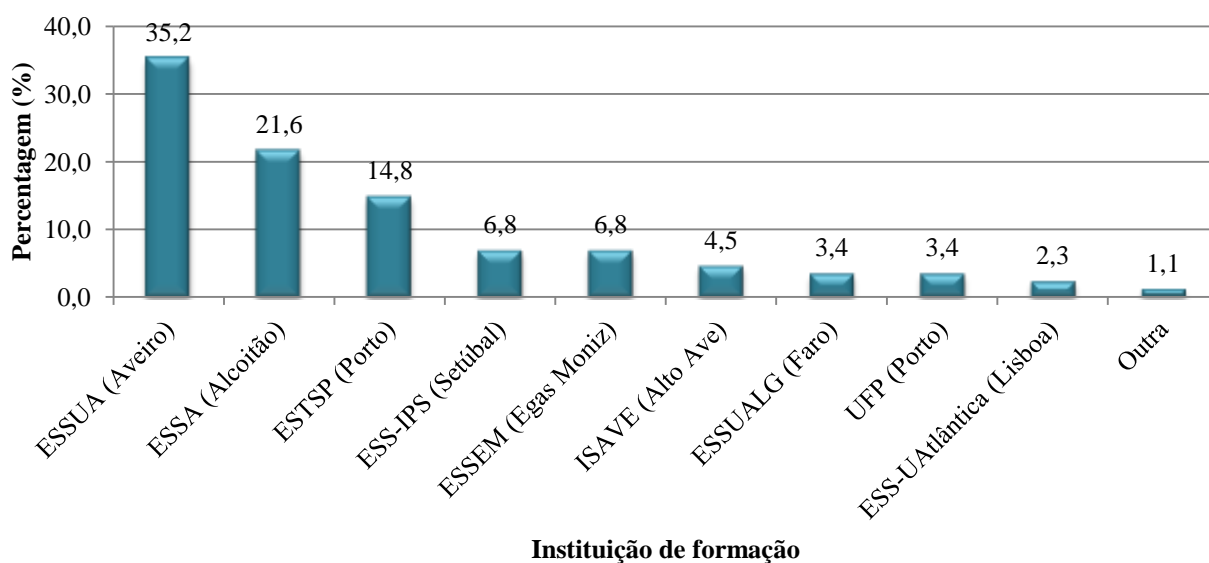


Figura 2 – Percentagem de terapeutas da fala de cada Instituição de formação

4.1.3. Local de exercício profissional

Em relação ao local onde exercem a profissão, 28 (31,8%) dos inquiridos responderam que trabalham em Escolas, 17 (19,3%) em Hospitais e a mesma percentagem em Clínicas, 11 (12,5%) em IPSS, 5 (5,7%) em Universidades, 4 (4,5%) em Centros de Saúde e 6 (6,8%) noutros locais (ver figura 3).

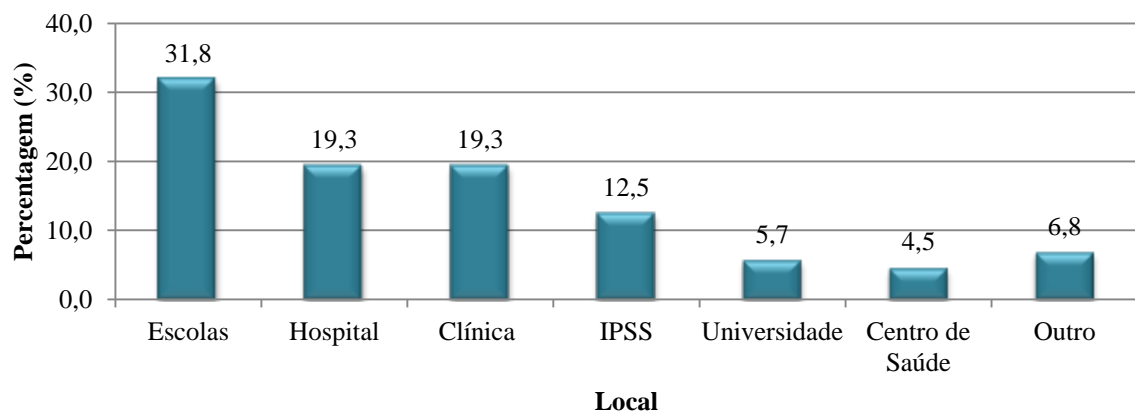


Figura 3 – Percentagem de terapeutas da fala em cada local

4.1.4. Área de especialização

A área de especialização mais frequente entre os terapeutas da fala do estudo é a Perturbação da Linguagem na Criança, com uma frequência de 44 (50%), ou seja, esta é a área em que os terapeutas da fala mais intervêm. Em seguida surge o Atraso/ Perturbação Fonológica com uma frequência de 13 (14,8%) e a Perturbação Articulatória com 10 (11,4%). Os restantes inquiridos apresentam outra área de especialização (23,9%). Nesta análise verifica-se que ninguém mencionou a Dispraxia e a Fluência como áreas de especialização (ver figura 4).

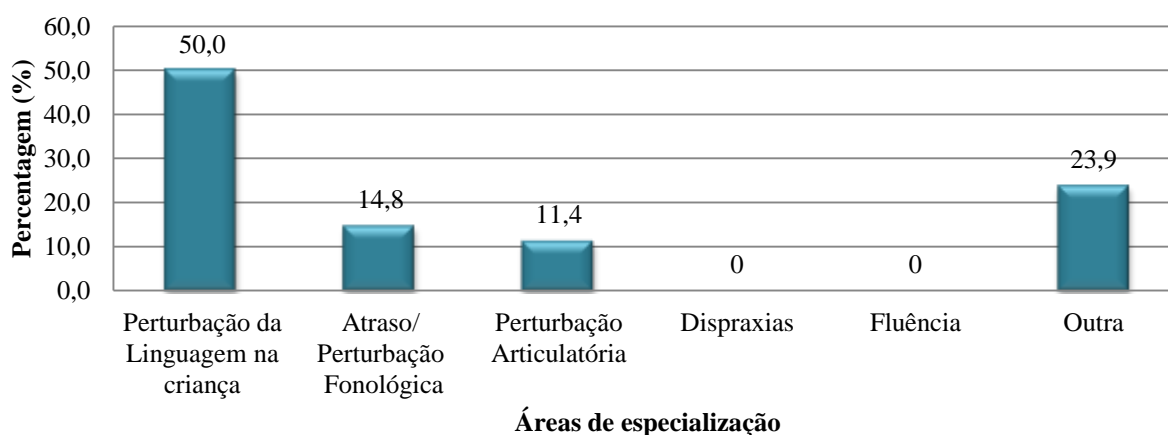


Figura 4 – Percentagem de terapeutas da fala especializados em cada uma das áreas

4.2. Percentagem de casos

Em relação à percentagem das diferentes perturbações dos sons da fala da casuística dos terapeutas, os resultados indicam que a dispraxia é a perturbação menos comum, uma vez que 75 (85,2%) dos inquiridos responderam que esta compreende menos de 10% dos seus casos.

Para a perturbação articulatória, 18 (20,5%) terapeutas afirmam que esta representa menos de 10% dos seus casos, 35 (39,8%) respondem que representa entre 10 a 39% dos casos, 26 (29,5%) indicam que compreende entre 40 e 70 % dos casos e apenas 8 (9,1%) apontam para mais de 70% da sua casuística.

Para o atraso/ perturbação fonológica observa-se que 6 (6,8%) dos inquiridos consideram que representa menos de 10%, 28 (31,8%) afirmam ter entre 10 a 39% de casos com esta perturbação, 38 (43,2%) consideram que compreende entre 40 e 70% dos seus casos e 16 (18,2%) revelam que esta patologia caracteriza mais de 70% dos seus pacientes (ver figura 5).

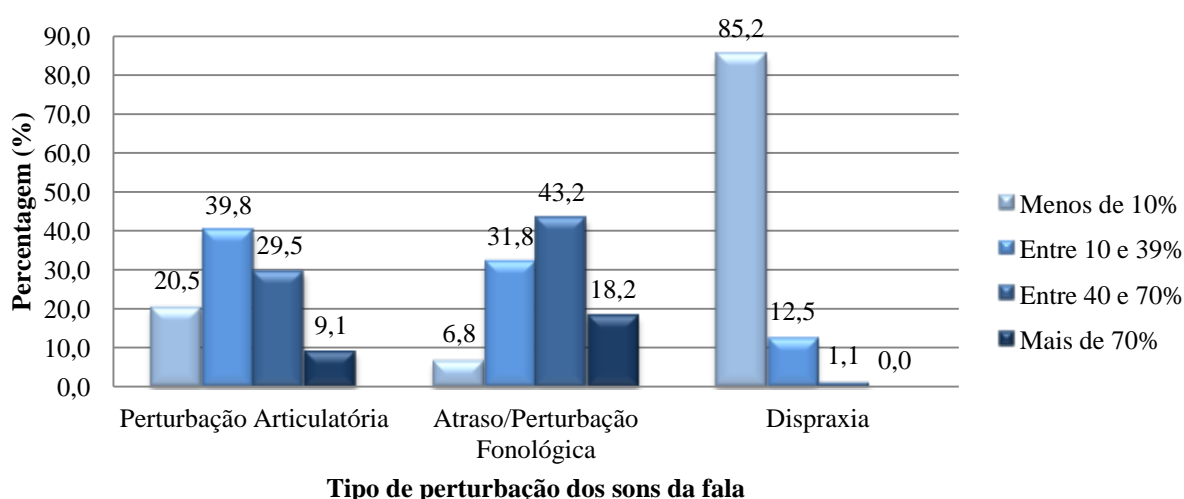


Figura 5 – Percentagem de cada tipo de casos na prática clínica dos terapeutas da fala

4.3. Abordagens

Na análise das abordagens observa-se que há uma maior utilização de alguns métodos em detrimento de outros. As abordagens mais frequentemente utilizadas são a Terapia da Consciência Fonológica (96,5%), a Discriminação Auditiva (92,0%), a Abordagem Centrada na Família (58,0%) e a Terapia dos Pares Mínimos (75,0%). Pelo contrário, as abordagens menos utilizadas são a Coordenação Sucção-Deglutição-Respiração (69,3% não utilizam) e o Treino Oro-Motor Não-verbal (58,0% não utilizam). As restantes abordagens apresentam frequências de utilização intermédias e destacam-se as abordagens menos utilizadas pelo desconhecimento das mesmas: Programa Nuffield, desconhecida para 87,5% dos inquiridos, a Abordagem dos Ciclos e o programa “Metaphon” (desconhecidas para 62,5%), a abordagem do Vocabulário Fundamental (desconhecida para 52,3%) e a Abordagem Linguística Global (50%) (ver figura 6).

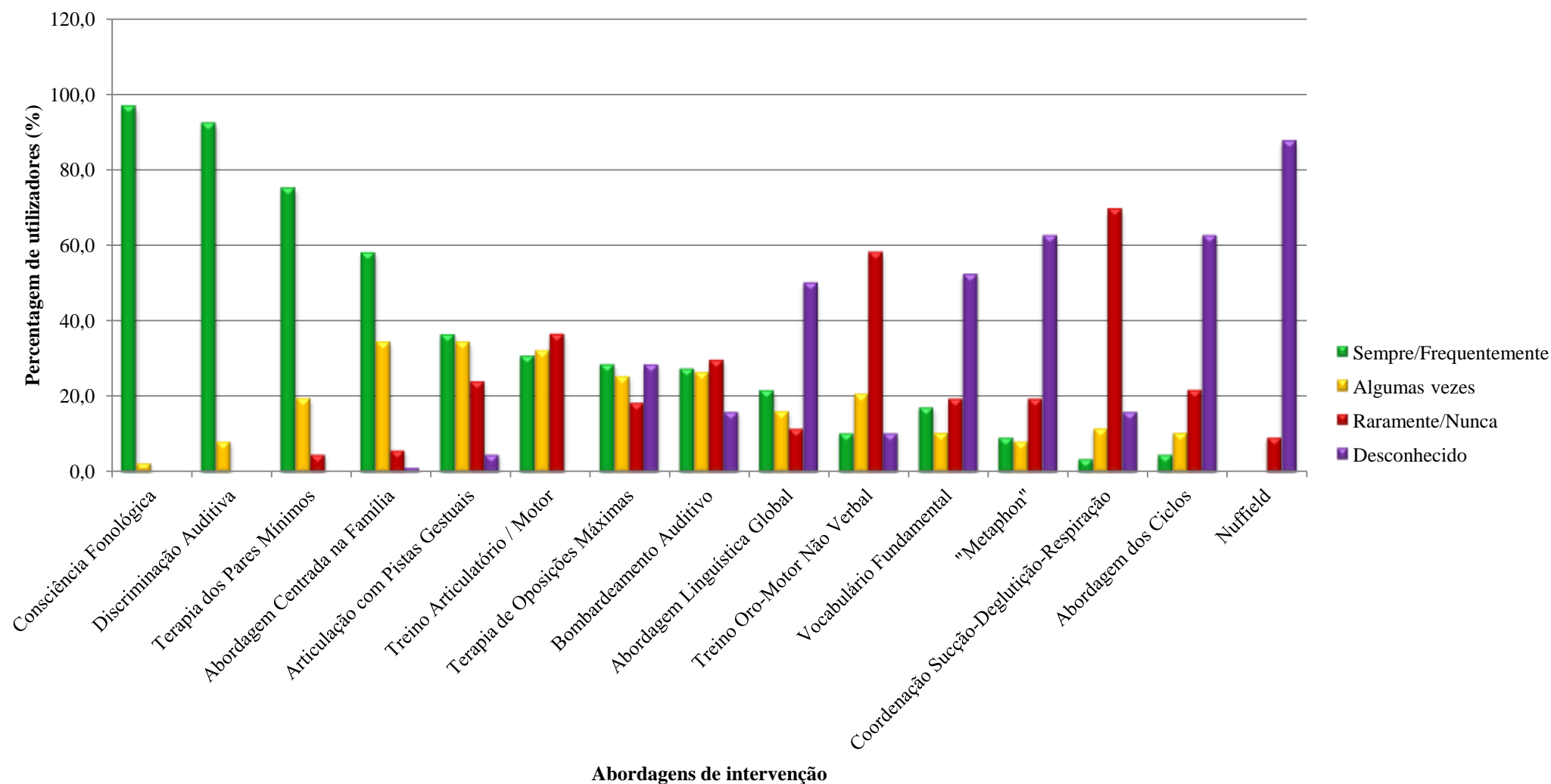


Figura 6 - Percentagem de utilização de cada abordagem de intervenção nas Perturbações Fonológicas

Depois de analisar quais as abordagens mais frequentes na prática clínica dos terapeutas da fala foi analisado o número de abordagens que cada terapeuta aplica para intervir com pacientes com perturbação fonológica. Das 15 abordagens apresentadas verifica-se que cada profissional aplica entre 5 a 7 abordagens. Se se considerar que a aplicação de uma abordagem inclui as opções “sempre”, “frequentemente” e “às vezes”, a média varia entre as 7 e as 8 abordagens. Se apenas se tiver em conta as assinaladas como mais frequentes (“sempre” e “frequentemente”) o valor médio baixa para as 5 (ver figura 7).

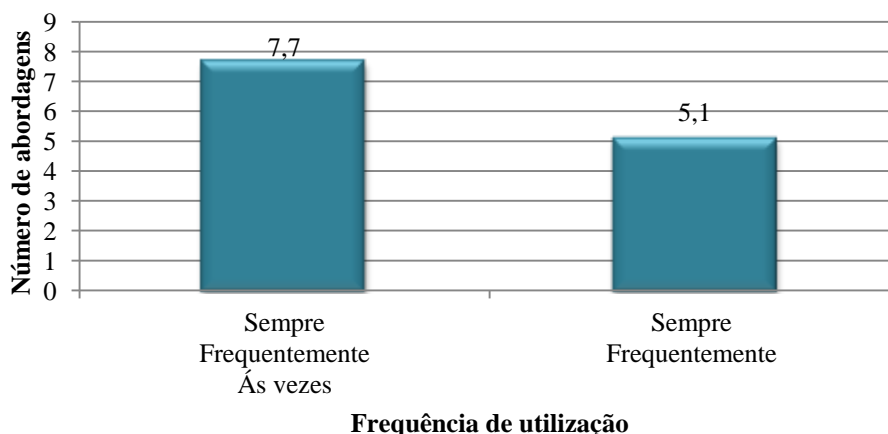


Figura 7 - Média do número de abordagens utilizadas

4.4. Envolvimento dos Pais e Professores na intervenção

No que respeita à questão sobre o envolvimento dos pais na intervenção responderam 86 profissionais. Verifica-se que 53 dos inquiridos (60,2%) afirmam incluir sempre os progenitores na intervenção, 26 (29,5%) indicam que este envolvimento ocorre frequentemente, 6 (6,8%) revelam que ocorre algumas vezes e apenas 1 (1,1%) indica ocorrer raramente.

Relativamente ao envolvimento dos professores, 49 dos terapeutas da fala do estudo (55,7%) indicam incluir estes profissionais de forma frequente na intervenção, 21 sempre (23,9%), 14 indicam algumas vezes (15,9%) e 4 (4,5%) revelam que raramente envolvem os professores na intervenção. De uma forma geral observa-se que os terapeutas da fala envolvem com mais frequência os pais do que os professores, no processo de intervenção (ver figura 8).

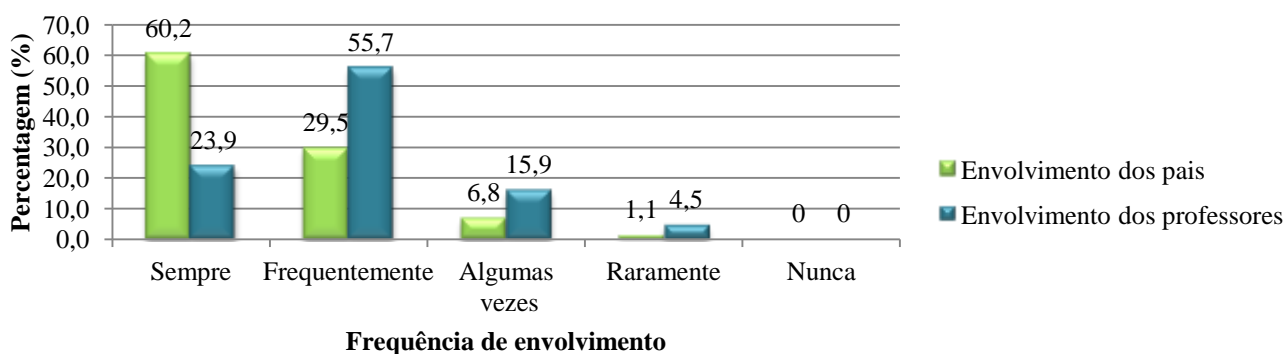


Figura 8 - Percentagem de terapeutas da fala que envolve pais / professores na intervenção

4.5. Frequência das sessões e duração da intervenção

No que respeita à questão sobre a frequência das sessões observa-se que 55 (62,5%) dos terapeutas da fala inquiridos consideram adequado fazer sessões com a frequência de uma vez por semana, 30 (34,1%) indicam que a intervenção deve ser realizada duas vezes por semana e apenas 1 (1,1%) considera que é mais adequado três a quatro vezes por semana. Nenhum dos inquiridos apresenta como hipótese menos de uma vez por semana ou todos os dias como a frequência mais utilizada (ver figura 9).

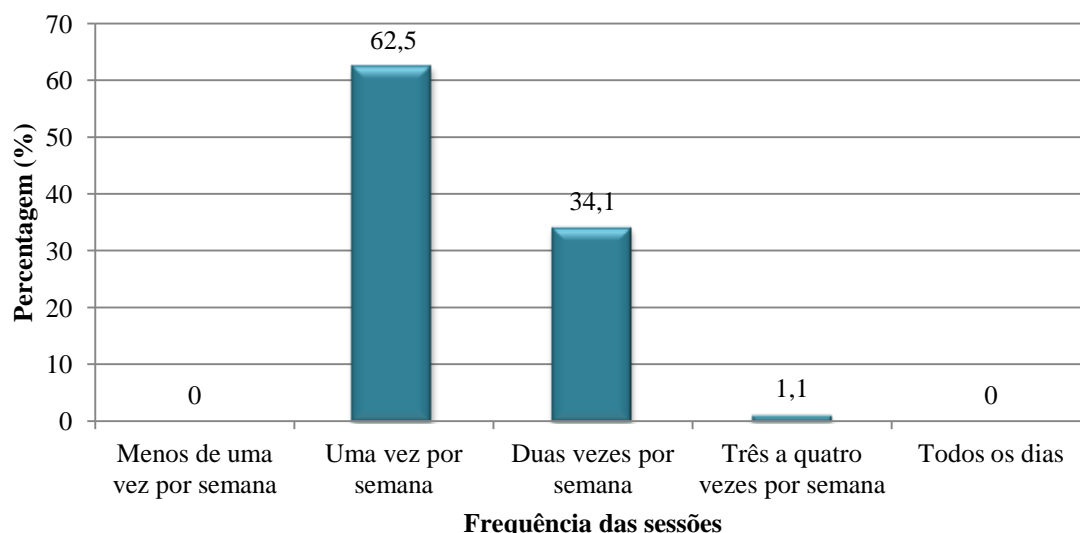


Figura 9 - Frequência das sessões terapêuticas

Em relação à questão da duração da intervenção terapêutica verifica-se que cerca de metade dos terapeutas da fala (51,1%) aponta um período superior a 6 meses para a intervenção com crianças com perturbação fonológica, 31 (35,2%) indicam que são necessários entre 3 a 6 meses, 7 (8,0%) apontam para um período entre as 6 e as 12 semanas e 4 (4,5%) consideram suficiente entre as 4 e as 6 semanas (ver figura 10).

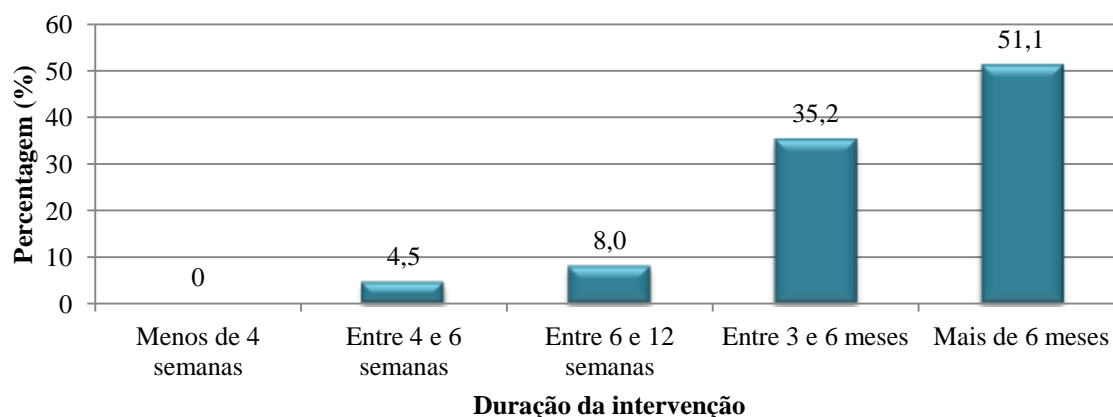


Figura 10 - Duração da intervenção

4.6. Grau de confiança na intervenção com crianças com perturbação articulatória, atraso/perturbação fonológica e dispraxia

Os resultados sobre o grau de confiança dos terapeutas da fala na intervenção com os diferentes casos revelam que a perturbação articulatória e o atraso/perturbação fonológica são as áreas em que os profissionais sentem um maior conforto.

Em relação à perturbação articulatória, 14 (15,9%) inquiridos revelam estar muito confiantes, 61 (69,3%) apresentam estar confiantes, 11 (12,5%) neutros e 2 (2,3%) pouco confiantes.

Para o atraso/perturbação fonológica, 9 (10,2%) revelam-se muito confiantes, 63 (71,6%) indicam estar confiantes, 11 (12,5%) neutros e 5 (5,7%) pouco confiantes.

No que concerne à dispraxia, esta parece ser a patologia em que há um menor grau de confiança. Apenas 2 terapeutas (2,3%) se sentem muito confiantes, 26 (29,5%) afirmam estar confiantes, 29 (33%) neutros, 30 (34,1%) pouco confiantes e 1 (1,1%) nada confiante.

Desta forma, o nível de confiança na intervenção com crianças com perturbação articulatória e com atraso/perturbação fonológica parece ser semelhante. A dispraxia, pelo contrário, parece ser a patologia em que os terapeutas sentem menos segurança na intervenção (ver figura 11).

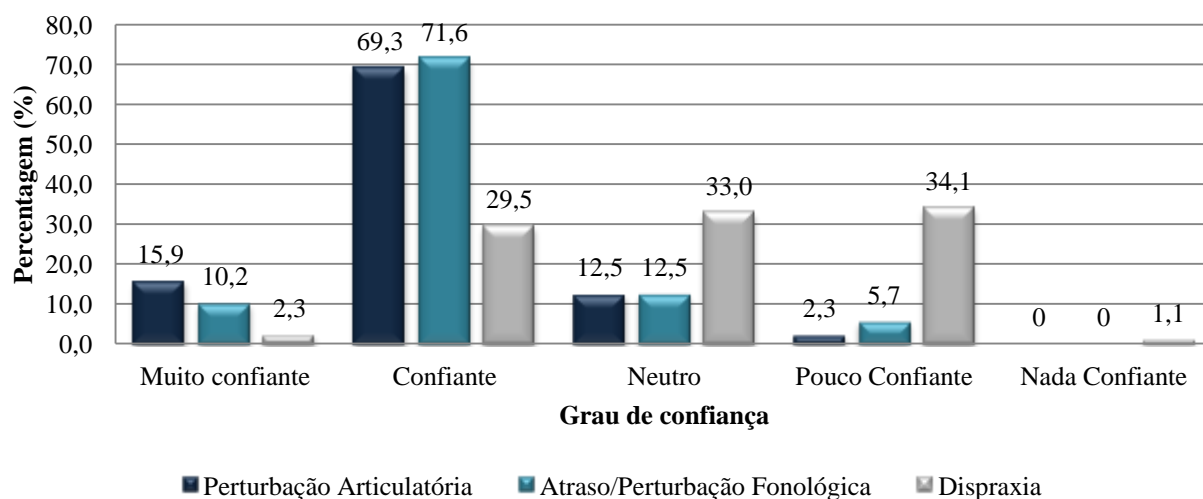


Figura 11 - Grau de confiança na Intervenção nas diferentes perturbações dos sons da fala

4.7. Evidência sobre a prática clínica

Em relação à afirmação **“Considero que existe evidência suficiente que mostra que a intervenção em pacientes com atraso/perturbação fonológica é eficaz.”** foram obtidas 87 respostas. Os inquiridos apontam maioritariamente para a concordância com a mesma: 13 (14,8%) indicam concordar totalmente com o conteúdo da afirmação, 49 (55,7%) afirmam concordar com a mesma, 18 (20,5%) apresentam uma postura neutra e 7 (8%) discordam com a mesma. Nenhum terapeuta indicou discordar totalmente com a frase apresentada (ver figura 12).

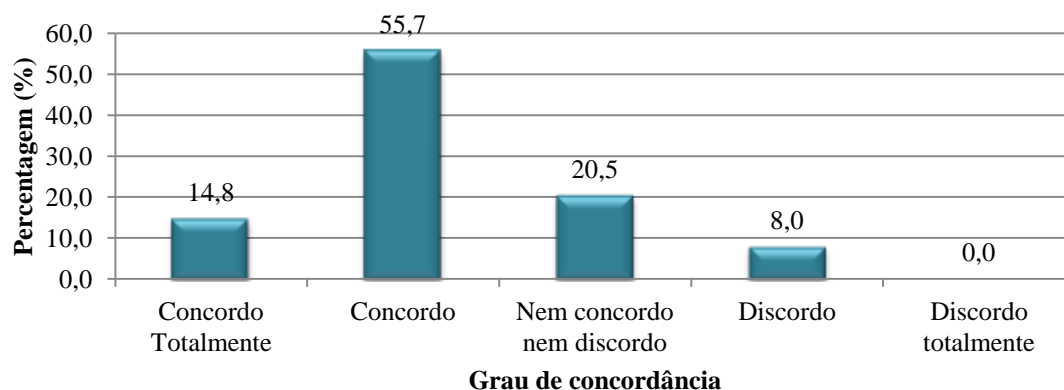


Figura 12 - Grau de concordância sobre a evidência na prática clínica

4.8. Análise da dependência das variáveis

De forma a apurar a possível relação de dependência entre variáveis foram calculadas algumas medidas de associação e utilizados alguns testes estatísticos. Para medir a relação entre “Anos de experiência” e o “Grau de confiança na intervenção” nas diferentes perturbações dos sons da fala foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que as variáveis são ordinais (Fortin, 1999; Hill & Hill, 2000; Hinton, et al., 2004). Desta concluiu-se que existe uma relação de dependência entre “Anos de experiência” e o “Grau de confiança na intervenção em perturbações articulatórias” ($p=0,028$; $Sc=-0,235$; $\alpha=0,05$), entre “Anos de experiência” e o “Grau de confiança na intervenção em atraso/perturbação fonológica” ($p=0,00$; $Sc=-0,393$; $\alpha=0,05$) e entre “Anos de experiência” e o “Grau de confiança na intervenção na dispraxia” ($p=0,001$; $Sc=-0,343$; $\alpha=0,05$). Esta observação revela que os anos de experiência influenciam o grau de confiança em cada uma das situações, apesar de os valores da correlação representarem uma baixa dependência das variáveis. Verifica-se assim que há uma tendência para que as pessoas com menos tempo de experiência apresentem maior confiança na intervenção.

Ao analisar a dependência entre as variáveis “Anos de experiência” e “Envolvimento dos pais” há razões para acreditar que as variáveis são independentes ($p=0,306$; $Sc=-0,112$; $\alpha=0,05$), ou seja, a associação entre o envolvimento dos pais na terapia e a experiência dos terapeutas da fala observada na amostra não é significativa.

Com o mesmo teste foi analisada a relação entre os “Anos de experiência” e o “Envolvimento dos professores”, a partir da qual foi possível concluir que há razões para acreditar que não há uma relação entre as variáveis, ou seja, o envolvimento dos professores na intervenção não está significativamente relacionado com os anos de experiência que os terapeutas apresentam ($p=0,468$; $Sc=-0,078$; $\alpha=0,05$).

Na análise da dependência das variáveis “Anos de experiência” e “Percentagem de casos de perturbação articulatória” verificou-se que não existe evidência de que as variáveis sejam dependentes ($p=0,748$; $Sc=0,088$; $\alpha=0,05$). Ao analisar a dependência entre “Anos de experiência” e “Percentagem de casos com atraso/perturbação fonológica” verificou-se igualmente que não existe evidência de que haja qualquer relação entre as mesmas ($p=0,085$; $Sc=0,186$; $\alpha=0,05$). A mesma conclusão foi ainda tirada para a análise da dependência das variáveis “Anos de experiência” e “Percentagem de casos com dispraxia” ($p=0,656$; $Sc=0,103$; $\alpha=0,05$). Desta forma, o tempo de experiência não parece influenciar a percentagem de casos que cada TF afirma ter de cada perturbação.

No que concerne à possível dependência entre o “Número de abordagens utilizadas” e os “Anos de experiência” verifica-se que estas não apresentam uma associação significativa na amostra considerada ($p\text{-value}=0,641$; $Sc=0,050$; $\alpha=0,05$). O mesmo resultado foi obtido entre o “Número de abordagens” e “Especialização” ($p\text{-value}=0,786$; $Sc=0,029$; $\alpha=0,05$).

Foi aplicado um outro teste para avaliar a possível correlação entre variáveis ordinais e nominais, o teste do Qui-quadrado (Hill & Hill, 2000). Este foi utilizado no cruzamento das variáveis referidas na tabela 3.

Tabela 3 - Análise da dependência das variáveis

Local de trabalho	Frequência das sessões terapêuticas
Local de trabalho	Duração da intervenção
Especialização	Anos de experiência
Especialização	Grau de confiança na intervenção com perturbações articulatórias
Especialização	Grau de confiança na intervenção com atraso/perturbação fonológica
Especialização	Grau de confiança na intervenção com dispraxia
Especialização	Frequência das sessões
Especialização	Duração da intervenção

Em todas estas análises foi verificado que não eram cumpridos os pressupostos necessários para que o teste fosse aplicado (pressuposto: menos de 20% das células da tabela com valores inferiores a 5), ou seja, havia uma grande dispersão de dados, o que fazia com que mais de 20% das células tivesse valores inferiores a 5 (Hinton, et al., 2004). Desta forma, houve a tentativa de agrupar categorias de resposta, de forma a aumentar a contagem de cada célula. No entanto, esta junção de categorias levou à perda de informação relevante, pelo que não se considera pertinente a apresentação destes resultados.

4.9. Instrumentos de Avaliação

A análise das questões de resposta aberta consistiu numa abordagem descritiva das respostas que foram recolhidas. Desta forma, serão apresentadas as respostas mais e menos frequentes.

Na avaliação dos pacientes com suspeita de perturbação articulatória os terapeutas da fala apresentam uma tendência nos testes utilizados. O teste mais comumente referido, mencionado por cerca de 60 profissionais, é o Teste de Articulação Verbal (Guimarães & Grilo, 1997) (original ou adaptado pelos próprios). De seguida, surgem o Teste Fonético-Fonológico – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar (TFF-ALPE) (Lousada, et al., 2012; Mendes, et al., 2013) referido por 30 terapeutas e o Protocolo de Avaliação Oro-facial (PAOF) (Guimarães, 1995), mencionado por 26 terapeutas. No entanto, é de salientar que foram raras as situações em que os terapeutas da fala apontaram um só teste para avaliar cada caso. Na grande maioria das respostas observaram-se combinações de testes, sendo que os mais frequentes foram os instrumentos já mencionados.

Para além dos testes citados anteriormente, foram referidos o Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC) (Kay & Tavares, 2006), a Grelha de Observação da

Linguagem – Nível Escolar (GOL-E) (Kay & Santos, 2003), a Prova de Avaliação das Capacidades Articulatórias (PACA) (Baptista, 2009) e o Teste de Consciência Fonológica (TOPA) (Torgesen & Bryant, 1994), bem como a utilização da avaliação informal, avaliação do discurso espontâneo / induzido, aplicação de baterias de provas fonológicas, testes de discriminação auditiva, testes de discriminação de pares mínimos, provas de nomeação e provas de estimulabilidade. Todos estes tiveram uma contagem inferior a 10.

Para avaliação de pacientes com suspeita de perturbação fonológica verifica-se que um grande número de terapeutas usa o Teste de Articulação Verbal (38 respostas), o TFF-ALPE (33) e provas de discriminação auditiva (34). Além destes instrumentos, mas com menor número de respostas, são ainda mencionados com alguma frequência os testes formais para avaliação da linguagem (GOL-E, TALC, TICL), provas de consciência fonológica e a avaliação do discurso espontâneo. Com menor número de respostas, contagem inferior a 10, são referidos a avaliação informal, PAOF, Token test (De Renzi & Vignolo, 1962), TOPA, e provas de estimulabilidade. De salientar que mais uma vez estes não surgem de forma isolada, sendo que cada inquirido respondeu que usa uma combinação de provas de avaliação. Alguns terapeutas da fala referiram ainda que a resposta à questão sobre os instrumentos de avaliação a utilizar na avaliação de pacientes com suspeita de perturbação articulatória e fonológica era a mesma, ou seja, apresentaram o mesmo conjunto de provas de avaliação para as duas questões.

4.10. Diferença entre diagnósticos terapêuticos

4.10.1. Diferença entre Perturbação Articulatória e Perturbação Fonológica

Para fazer distinção entre o diagnóstico de perturbação articulatória e perturbação fonológica, os terapeutas da fala referem que é importante avaliar alguns aspetos, como a etiologia, possíveis alterações na função ou na estrutura orofacial, desenvolvimento fonológico, existência de processos fonológicos, consistência dos erros na produção dos fonemas, consciência fonológica, discriminação auditiva, estimulabilidade e a produção isolada do fonema.

A análise das respostas obtidas demonstra ainda que os profissionais apresentam aspetos semelhantes para distinguir as duas perturbações. Assim, a Tabela 4 resume as respostas obtidas.

Tabela 4 - Distinção entre Perturbação Articulatória e Perturbação Fonológica descrita pelos terapeutas da fala do presente estudo

PERTURBAÇÃO ARTICULATÓRIA	PERTURBAÇÃO FONOLÓGICA
Presença de alterações na morfologia ou na função das estruturas orofaciais, interveniente na articulação;	Ausência de alterações das estruturas orofaciais e do seu funcionamento;
O fonema alvo não é produzido em todos os contextos, isoladamente ou por imitação;	Boa capacidade de imitação; a produção isolada poderá ser melhor que em palavra;
Erro consistente e sistemático;	Erro inconsistente (surge em algumas produções);
Ausência de dificuldade de discriminação auditiva ou consciência fonológica;	Dificuldades de consciência fonológica e/ou discriminação auditiva;
Falha no posicionamento, tempo, velocidade ou integração das praxias faciais;	Desorganização e / ou imaturidade na aquisição, domínio e utilização dos fonemas;
Presença de omissões, substituições e/ou distorções consistentes;	Presença de omissões e substituições inconsistentes; variações da mesma palavra;
Desvio articulatório de origem orgânica/ funcional.	Desvio articulatório relacionado com a organização do sistema de sons;
	Presença de processos fonológicos atípicos;
	Dificuldades a nível dos traços distintivos;
	Aprendizagem desviante do sistema de sons;
	Associado a perturbação da linguagem ou leitura e escrita;
	Imaturidade linguística;
	Os erros podem ser inconsistentes ou não, de acordo com o grau de dificuldade que existir.

4.10.2. Diferença entre Atraso Fonológico e Perturbação Fonológica

Para fazer a distinção entre estes dois diagnósticos, os inquiridos indicam que deve considerar-se: se o desenvolvimento fonológico segue as etapas típicas e está apenas atrasado ou se há um desvio; a idade média de aquisição de cada fonema; os processos fonológicos (presença de processos idiossincráticos); tipos de erros e consistência dos mesmos; se apresenta todas as componentes fonológicas afetadas ou apenas uma; se é primordialmente a fonologia a área da linguagem mais afetada.

Além destas questões, verificou-se que alguns profissionais fizeram a distinção entre os dois diagnósticos, como é apresentado na tabela 5.

Tabela 5 - Distinção entre Atraso Fonológico e Perturbação Fonológica descrita pelos terapeutas da fala do presente estudo

ATRASO FONOLÓGICO	PERTURBAÇÃO FONOLÓGICA
Está numa etapa abaixo do desenvolvimento esperado – quantitativo;	Representa um desvio qualitativo;
Há um atraso em relação ao padrão de desenvolvimento normal na aquisição fonológica;	Acontece um desvio no desenvolvimento considerado normal;
Todos os fonemas são adquiridos com atraso;	Apenas alguns fonemas não são adquiridos ou são adquiridos com atraso;
A criança poderá exibir um sistema fonológico desorganizado;	Se a desorganização do sistema fonológico persiste no tempo podemos estar perante uma perturbação fonológica;
Presença de alguns processos fonológicos e erros em exercícios de consciência fonológica;	A fala é pouco inteligível e a duração da intervenção é superior;
Há uma alteração a nível da compreensão e produção;	Há apenas alteração da expressão;
Desvio articulatório característico de crianças mais novas.	Desvio articulatório atípico.

Relativamente à diferenciação dos diagnósticos mencionados, alguns terapeutas referem ainda não existir nenhuma diferença ou desconhecerem o atraso fonológico.

4.10.3. Diferença entre Perturbação Fonológica e Dispraxia

No que concerne à distinção entre perturbação fonológica e dispraxia, os inquiridos demonstraram mais importância em esclarecer o segundo conceito. Tal como nas respostas anteriores, há algumas referências às componentes que devem ser avaliadas para que este diagnóstico possa ser efetuado: motricidade orofacial; tarefas práticas; diadacocinésia; coordenação / programação motora de tarefas verbais e não-verbais; presença de lesão cerebral; sistematicidade e consistência dos erros; tipo de processos fonológicos; presença de alterações de linguagem e capacidade de imitação. A tabela 6 resume os aspetos que os terapeutas apontam de forma a distinguir as duas perturbações.

Tabela 6 - Distinção entre Dispraxia e Perturbação Fonológica descrita pelos terapeutas da fala do presente estudo

DISPRAXIA	PERTURBAÇÃO FONOLÓGICA
Envolve uma alteração do SNC;	Não pressupõe alterações do SNC;
Défice de programação motora, não só para a fala como para outros movimentos;	Dificuldades organização do sistema fonológico, sem relação com questões motoras, mas da linguagem;
As crianças apresentam menor sucesso em tarefas de repetição;	As crianças apresentam um grau muito elevado de sucesso em tarefas de repetição;
Comportamento de procura do ponto articulatorio;	Articulação precisa do fonema, mas com dificuldades na produção em discurso espontâneo;
Discurso muito pouco inteligível.	

Alguns dos inquiridos referiram ainda a importância de aprofundar os conhecimentos sobre esta temática, uma vez que esta não faz parte da sua área de intervenção diária.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Caracterização da amostra

5.1.1. Experiência profissional

O presente estudo mostrou que 35% dos inquiridos são inexperientes (até 3 anos de experiência, n=31), 47% são experientes (entre 4 e 10 anos, n=41) e 18% são muito experientes (mais de 10 anos de experiência, n=16). Desta forma, verifica-se que grande parte dos inquiridos demonstra ter algum domínio sobre a prática clínica. Esta classificação foi baseada no estudo de Joffe e Pring (2008).

Tendo em consideração o estudo de referência (Joffe & Pring, 2008), observa-se que as duas amostras apresentam características semelhantes. Neste, 35% (n=34) dos inquiridos são classificados como inexperientes, 27% (n=26) são experientes e 39% (n=38) muito experientes. Esta classificação é igualmente apresentada por Pascoe, et al. (2010), que apesar de ter uma amostra inferior (N=28), mostra que 21% (n=6) dos inquiridos são inexperientes, 31% (n=9) são experientes e 45% (n=13) apresentam mais de 10 anos de exercício profissional, sendo classificados como muito experientes (Pascoe, et al., 2010). Desta forma, estes estudos revelam uma maior percentagem de terapeutas muito experientes. No entanto, as restantes percentagens são semelhantes.

Num outro estudo, realizado nos Estados Unidos da América, observa-se que o tempo médio de experiência profissional dos terapeutas da fala inquiridos (N=333) é de 15 anos, ou seja, grande parte desta amostra enquadra-se no conjunto dos terapeutas muito experientes (Skahan, et al., 2007).

5.1.2. Especialização

Em relação à área de especialização, os resultados revelam que metade dos inquiridos apresenta especialização em perturbações da linguagem na criança, ou seja, é a área em que trabalharam/trabalham com mais frequência. Apenas cerca de 15% consideraram ser especialistas em atraso/ perturbação fonológica.

O estudo realizado no Reino Unido (Joffe & Pring, 2008) revela que a percentagem de profissionais especializados em perturbações fonológicas é muito baixa, correspondendo apenas a 7 (7%) dos inquiridos. No entanto, 41 (42%) afirmam ser especialistas em mais do que uma área, sendo a perturbação fonológica uma delas.

Assim, os resultados obtidos nos dois estudos parecem coincidir, uma vez que em ambos, o número de terapeutas especializados em perturbações fonológicas é baixo.

5.1.3. Local de exercício profissional

O estudo realizado demonstra que grande parte dos inquiridos exerce a sua profissão em escolas (32%), seguido de hospitais (19%) e clínicas (19%). As IPSS (13%), universidades (6%), centros de saúde (5%) e outros locais (7%) representam uma percentagem mais baixa.

Segundo o estudo de Pascoe, et al. (2010), grande parte dos terapeutas inquiridos refere exercer de forma independente (29%), ou em hospitais (18%) ou em escolas (14%).

Os restantes terapeutas afirmam trabalhar em vários dos locais apresentados em simultâneo, o que demonstra uma realidade bastante diferente da que se observa no nosso país.

5.2. Percentagem de casos

A presente investigação revela que grande parte dos inquiridos considera que a perturbação articulatória compreende entre 10 e 39% da casuística e o atraso/ perturbação fonológica apresenta também o mesmo intervalo de percentagens. Desta forma, os inquiridos parecem afirmar que existe uma percentagem semelhante destas duas perturbações. A perturbação menos frequente é a dispraxia, uma vez que 85% dos inquiridos afirma que esta compreende menos de 10% dos seus casos clínicos.

Na avaliação da dependência das variáveis “Percentagem de casos com atraso/ perturbação fonológica” e “Anos de experiência” verificou-se que não há evidência de que as variáveis sejam dependentes, ou seja, parece não existir relação entre o tempo de experiência dos terapeutas e a percentagem de casos que acompanham.

No estudo de Joffe e Pring (2008) 33 inquiridos afirmaram ter mais de 40% de casos com perturbação fonológica e apenas 10 terapeutas indicaram que eram mais de 70%. A dispraxia foi a perturbação apresentada como menos frequente pela maioria dos terapeutas (76%), uma vez que indicaram que esta representa menos de 10% da casuística. Deste modo, os resultados obtidos parecem ser semelhantes aos de Joffe e Pring (2008). O estudo referido indica ainda que há uma relação entre a percentagem de casos de perturbação fonológica e o tempo de experiência profissional. Os profissionais mais experientes parecem apresentar uma maior percentagem de casos com esta perturbação, o que não foi observado na presente investigação.

Por outro lado, um outro estudo (Broomfield & Dodd, 2004) indica que a prevalência de perturbações articulatórias é de 13%, o atraso fonológico ronda os 57% e a perturbação fonológica os 30%. A dispraxia é a perturbação menos frequente, uma vez que não foi identificado nenhum caso desta perturbação no estudo já referido. Verifica-se, assim, que os dados obtidos em Portugal estão em conformidade com o estudo de Broomfield e Dodd (2004), uma vez que se verifica que o atraso/perturbação fonológica é o diagnóstico mais comum, seguido da perturbação articulatória e, por fim, a dispraxia, com valores bastante inferiores.

5.3. Abordagens

Ainda poucos estudos (Joffe & Pring, 2008; Pascoe, et al., 2010) foram realizados a este nível, mas verifica-se que há uma grande variedade de abordagens de intervenção utilizadas pelos terapeutas da fala (Baker & McLeod, 2011).

Enquanto uns utilizam mais as abordagens de base fonológica, outros aplicam maioritariamente abordagens articulatórias. Este facto surge pela confusão que alguns profissionais apresentam com os termos articulação e fonologia ou na distinção entre perturbação articulatória e fonológica, usando maioritariamente o termo articulatório para todo o tipo de perturbações (Bowen, 2009).

Neste estudo pode observar-se que, comparativamente com outros estudos realizados (Joffe & Pring, 2008; Pascoe, et al., 2010), há alguma semelhança nos resultados. As abordagens mais utilizadas em Portugal (Consciência Fonológica, Discriminação Auditiva e Terapia dos Pares Mínimos) coincidem com as apresentadas nos estudos já referidos. Nos estudos anteriores evidencia-se ainda a Abordagem Centrada na

Família com uma elevada percentagem de utilização. Em Portugal, apesar de apresentar uma percentagem inferior, pode incluir-se no conjunto das abordagens mais comuns. No estudo de Pascoe, et al. (2010), destacam-se ainda como mais frequentes o Treino Articulatorio/Motor, o Vocabulário Fundamental e a Abordagem Linguística Global, o que difere dos resultados obtidos em Portugal. Verifica-se então que, embora possam apresentar percentagens de utilização ligeiramente diferentes, os vários estudos revelam opções semelhantes na intervenção com crianças com perturbação fonológica.

Em relação aos métodos menos utilizados observa-se que os resultados obtidos em Portugal coincidem com os obtidos noutros estudos (Joffe & Pring, 2008; Pascoe, et al., 2010), relativamente à abordagem Sincronização / Coordenação Sucção-Deglutição-Respiração. Em Portugal, destaca-se ainda o Treino Oro-Motor Não-Verbal, corroborado pelo estudo de Pascoe, et al. (2010). No estudo de Joffe e Pring (2008) este é indicado como método opcional sendo utilizado apenas algumas vezes.

O Treino Articulatorio/Motor, a Terapia de Oposições Máximas e o Bombardeamento Auditivo são as abordagens que apresentam uma maior dispersão de resultados, ou seja, a contagem é semelhante nas diferentes opções de resposta (“sempre”, “frequentemente”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”). Estas não coincidem com o estudo já mencionado (Joffe & Pring, 2008) uma vez que neste as abordagens que apresentam estas características são o programa “Metaphon” e Articulação com Pistas Gestuais.

No presente estudo foi ainda adicionada uma sexta opção que inclui o desconhecimento dos métodos (ver anexo II, questões 10 a 24). Pode, então verificar-se que as abordagens menos conhecidas pelos terapeutas da fala portugueses são o Programa Nuffield, a Abordagem dos Ciclos, o “Metaphon”, o Vocabulário Fundamental e a Abordagem Linguística Global. Estes dados estão em concordância com o estudo de Pascoe, et al. (2010), com a exceção da abordagem do Vocabulário Fundamental e da Abordagem linguística Global que os autores (Pascoe, et al., 2010) consideraram no grupo das abordagens mais utilizadas. Por outro lado, verifica-se que, à exceção do Programa Nuffield e do “Metaphon”, as abordagens referidas encontram-se no conjunto das menos utilizadas no estudo de Joffe e Pring (2008). De certa forma, se analisarmos a percentagem de inquiridos que não utilizam estas abordagens no estudo de Joffe e Pring (2008), esta aproxima-se da soma da percentagem de terapeutas que não as utilizam em Portugal, juntamente com os que a desconhecem, como se pode verificar na tabela do anexo IV.

Nos estudos anteriores (Joffe & Pring, 2008; Pascoe, et al., 2010) verifica-se que há uma grande percentagem de terapeutas que utiliza com frequência abordagens articulatorias, como a Articulação com Pistas Gestuais, o Treino Articulatorio /Motor e o Treino Oro-Motor Não-Verbal, em crianças que apresentam perturbação fonológica. Bowen (2009) refere que estas abordagens são utilizadas mesmo que a criança apresente uma perturbação fonológica “pura” ou dispraxia. Em Portugal verifica-se que a abordagem articulatoria tradicional é a que predomina na intervenção com as várias perturbações dos sons da fala (Lousada, et al., 2013). No entanto, segundo Gierut (2010) as crianças com perturbação fonológica apresentam melhorias ao nível da inteligibilidade do discurso e da capacidade de comunicação quando submetidas a uma intervenção com abordagens de base fonológica. Este facto é ainda apresentado num outro estudo realizado em Portugal (Lousada, et al., 2013) em que os resultados demonstraram que, apesar de os dois tipos de intervenção serem eficazes na melhoria da produção dos pacientes com perturbação fonológica, as crianças submetidas à intervenção com a abordagem fonológica tiveram resultados significativamente melhores comparativamente ao grupo das crianças que foram submetidas a uma intervenção baseada na abordagem articulatoria tradicional. Outros

autores referem ainda que o Treino Oro-Motor e a Abordagem Tradicional não contribuem de forma significativa para a melhoria da produção em crianças com perturbação fonológica (Kamhi, 2006; Peter, 2011).

5.3.1. Número de Abordagens

Ao analisar o número médio de abordagens que os terapeutas utilizam verifica-se que cada profissional aplica entre 5 a 7 abordagens diferentes. Se considerarmos que a aplicação de uma abordagem inclui as opções “sempre”, “frequentemente” ou “às vezes”, a média de abordagens varia entre as 7 e as 8. Se apenas se tiver em conta as opções que indicam uma maior frequência de utilização (“sempre” e “frequentemente”) o valor médio baixa para as 5.

No estudo de Joffe e Pring (2008) verifica-se que o número médio de abordagens usadas também varia consoante os critérios que forem tidos em conta. Ao considerar apenas a opção “sempre”, o valor médio é de 2 abordagens. No entanto, se ponderarmos as opções “sempre” e “frequentemente”, o valor médio é de 5 e se acrescentarmos ainda a opção “às vezes” às anteriormente mencionadas, o valor sobe para cerca de 9. Desta forma, os dados obtidos no presente estudo são semelhantes aos de Joffe e Pring (2008).

No cruzamento das variáveis “Número de abordagens” e “Anos de experiência” e das variáveis “Número de abordagens” e “Especialização” verificou-se que não existe evidência que leve a acreditar que apresentam alguma relação entre si, ou seja, não apresentam uma associação significativa. Este facto indica que parece não haver qualquer influência do tempo de experiência ou da especialização no número de abordagens utilizadas, ou seja, os números médios anteriormente indicados são tidos como gerais e não apenas de um grupo específico de terapeutas da fala.

5.4. Envolvimento dos pais e dos professores na intervenção

No que respeita aos pais, o presente estudo demonstrou que 53 dos inquiridos (60%) afirmaram fazer sempre esta inclusão, 26 (30%) indicaram que este envolvimento ocorre frequentemente, 6 (7%) revelaram que ocorre algumas vezes e apenas 1 (1%) indicou ocorrer raramente. De uma forma geral, a grande maioria dos terapeutas da fala inquiridos inclui os pais de forma persistente, o que pode ser uma mais-valia na intervenção.

Relativamente aos professores, 49 dos terapeutas da fala do estudo (56%) indicam incluir estes profissionais de forma frequente, 21 (24%) sempre, 14 (16%) indicaram algumas vezes e 4 (5%) revelaram que raramente envolvem os professores na intervenção.

No que concerne ao envolvimento dos pais e dos professores, há razões para acreditar que são independentes relativamente ao tempo de experiência dos profissionais, ou seja, o tempo de experiência parece não influenciar a decisão de envolver os pais e professores na intervenção. Estes resultados demonstram que independentemente do tempo de prática clínica, os terapeutas da fala envolvem, de uma forma geral, os pais e os professores, para que haja uma melhoria no desempenho da criança.

Segundo Kamhi (2006) o suporte e envolvimento familiar pode desempenhar um papel crucial no decorrer da intervenção terapêutica. Segundo Gee (1992) nenhum dos métodos de intervenção poderá ser totalmente eficaz se não existir o envolvimento dos pais e dos professores neste processo. Um outro autor (Skahan, et al., 2007) reporta que grande parte dos terapeutas da fala envolve os pais no processo de avaliação, das mais variadas formas, pelo que é um processo considerado de grande relevância. O mesmo estudo refere

também que o envolvimento dos professores assume igualmente um papel relevante, embora seja dada menos ênfase a este profissional.

Um outro autor (Pappas, 2009) indica que a grande maioria dos profissionais envolve os pais no processo de intervenção. Os terapeutas da fala inquiridos no estudo referido apontam ainda que o envolvimento dos pais na intervenção (presença e participação nas sessões) é essencial para que a intervenção seja efetiva. No entanto, alguns dos inquiridos consideram que a responsabilidade da intervenção é do TF, pelo que não defendem o envolvimento dos pais (Pappas, 2009). A ideia de envolver os pais na intervenção relaciona-se com o facto de serem estes a estarem mais tempo com a criança e, por isso, poderem contribuir para a melhoria no seu desempenho, principalmente em crianças de idade pré-escolar (Smit, 2004).

5.5. Frequência das sessões e duração da intervenção

Na análise da frequência das sessões de intervenção com crianças que apresentam atraso/perturbação fonológica observa-se que 55 (63%) dos terapeutas da fala inquiridos intervêm uma vez por semana, 30 (34%) indicam que a intervenção é realizada duas vezes por semana e apenas 1 (1%) realiza três a quatro sessões de intervenção por semana. Desta forma, em Portugal a frequência de intervenção mais comum é uma vez por semana, o que também é referido por Kamhi (2006), nos Estados Unidos da América. Estes dados não concordam totalmente com os resultados de outros estudos (Baker & McLeod, 2011). Estes autores revelam que a grande maioria dos estudos realizados entre 1979 e 2009 apresentam como frequência das sessões entre duas (37 %) a três vezes por semana (23%). No entanto, outros autores (Lancaster, Keusch, Levin, Pring, & Martin, 2010) afirmam que existem diferenças entre a prática realizada nas investigações e a realidade da prática clínica. A realidade mostra que a frequência de intervenção é muito inferior ao que é indicado nos estudos de eficácia, podendo ser uma vez por semana ou até menos. Muitas vezes, a frequência de intervenção encontra-se relacionada com as próprias instituições.

Os resultados anteriores podem estar relacionados com o facto de grande parte dos terapeutas da fala em Portugal exercer em escolas e hospitais, onde existe, muitas vezes, uma frequência pré-estabelecida pelo serviço, que pode condicionar a intervenção dos terapeutas, tal como é referido por Lancaster, et al., 2010.

Em relação à duração da intervenção terapêutica verifica-se que cerca de metade dos terapeutas da fala (51%) aponta um período superior a 6 meses para a intervenção com crianças com perturbação fonológica, 31 (35%) indicam uma duração entre 3 a 6 meses, 7 (8%) apontam para um período entre as 6 e as 12 semanas e 4 (5%) referem uma duração entre 4 e 6 semanas.

Baker e McLeod (2011) analisaram vários estudos que declaram que a intervenção terapêutica pode ter durações diferentes consoante o tipo de perturbação. Se for analisada apenas a intervenção a nível fonológico, a duração pode variar entre os 3 e os 18 meses. Este resultado remete para o facto de a abordagem selecionada poder interferir na duração da intervenção terapêutica.

5.6. Grau de confiança na intervenção

Relativamente ao grau de confiança na escolha de uma intervenção adequada para pacientes com diferentes perturbações verifica-se que há uma semelhança nos resultados obtidos quanto ao grau de confiança nas perturbações articulatórias e nas perturbações

fonológicas. Grande parte dos inquiridos (mais de 70%) afirma estar confiante ou muito confiante na intervenção com estas duas perturbações. Ao nível da dispraxia, estes resultados não se verificam, uma vez que apenas cerca de 30% está confiante na intervenção. Os restantes revelam um menor conforto nesta área. Verifica-se ainda que há uma relação entre o tempo de experiência e o grau de confiança na intervenção com perturbações fonológicas, sendo que o grau de confiança tende a aumentar ligeiramente nos terapeutas com menos tempo de experiência.

Os resultados anteriores, relativos ao grau de confiança, parecem coincidir com outro estudo já mencionado (Joffe & Pring, 2008), em que se reportam números semelhantes. Neste é possível verificar que 77 (79%) dos inquiridos parece estar confiante ou muito confiante na intervenção com casos de atraso/perturbação fonológica. No que concerne à relação entre o grau de confiança e o número de anos de experiência, os resultados obtidos na presente investigação são diferentes dos apresentados no estudo de Joffe e Pring (2008). No presente estudo, existe uma ligeira tendência para que os terapeutas menos experientes apresentem um maior grau de confiança na intervenção com casos de atraso/perturbação fonológica ($p=0,00$; $Sc=-0.393$; $\alpha=0,05$), o que não é observado no estudo já referido.

No que concerne ao grau de confiança na perturbação articulatória, existe uma baixa correlação entre esta variável e o tempo de experiência. Desta forma, verifica-se que o grau de confiança diminui com o aumento do número de anos de experiência ($p=0,028$; $Sc=-0,235$; $\alpha=0,05$). No que respeita à dispraxia observa-se que existe igualmente uma relação de dependência entre o grau de confiança e o tempo de experiência ($p=0,001$; $Sc=-0,343$; $\alpha=0,05$). Nesta, os terapeutas com mais experiência apresentam, também um menor grau de confiança.

5.7. Evidência sobre a prática clínica

Uma grande parte dos terapeutas da fala portugueses (mais de 70%) considera que existe evidência clínica suficiente em relação à intervenção com crianças com perturbação fonológica. Apenas uma pequena percentagem de terapeutas indica não concordar ou apresenta uma postura neutra. Estes resultados são igualmente verificados em estudos anteriores (Joffe & Pring, 2008; Pascoe, et al., 2010). Grande parte dos terapeutas da fala da África do Sul considera existir evidência clínica suficiente para a prática com crianças com perturbação dos sons da fala (84%). Uma pequena parte (8%) afirma discordar ou não saber (Pascoe, et al., 2010). Dados semelhantes são também apresentados no estudo de Joffe e Pring (2008), em que mais de 72% da amostra afirma concordar ou concordar fortemente com o facto de existir evidência clínica suficiente sobre a prática clínica dos terapeutas da fala. Joffe e Pring (2008), contudo, referem que o conhecimento e a confiança devem estar relacionados pelo que os resultados da existência de evidência na prática clínica devem ser suportados pelo grau de confiança na intervenção. No entanto, não foi isso que Joffe e Pring (2008) verificaram, uma vez que alguns dos inquiridos afirmam existir evidência suficiente, mas o seu grau de confiança é baixo, o que vem demonstrar algumas incoerências.

Os dados obtidos no presente estudo podem indicar que os terapeutas da fala portugueses se basearam em estudos realizados a nível internacional para fundamentar as suas respostas. Em Portugal parece existir apenas um estudo sobre intervenção com crianças com perturbação fonológica (Lousada, et al., 2013), o que se revela muito pouco para que haja evidência sobre a prática clínica.

5.8. Instrumentos de Avaliação

O processo de avaliação envolve um grande conjunto de instrumentos. No entanto, existem alguns que são utilizados com maior frequência e, por vezes, em conjunto.

Os terapeutas da fala portugueses elegeram de uma forma geral três instrumentos para avaliar as crianças com perturbação articulatória: Teste de Articulação Verbal (Guimarães & Grilo, 1997) (original ou adaptado), TFF-ALPE (Mendes, et al., 2013) e PAOF (Guimarães, 1995). Estes foram apontados como os mais comuns, mas raras foram as situações em que foram indicados isoladamente. A situação mais comum foi a apresentação dos testes já mencionados como um conjunto de provas de avaliação. Verifica-se assim que, para avaliar crianças com suspeita de perturbação articulatória, os terapeutas da fala utilizam provas de avaliação orofacial e da capacidade de articulação verbal. Os restantes instrumentos apresentados consistem em avaliações ao nível da linguagem, baterias informais de avaliação, entre outros, que são considerados menos usuais.

Na avaliação de perturbações fonológicas são igualmente apontados os instrumentos mais comuns, destacando-se novamente o teste de Articulação Verbal (embora com uma percentagem inferior), o TFF-ALPE e provas de discriminação auditiva. Em menor percentagem são ainda referidas provas de avaliação das componentes linguísticas, provas de consciência fonológica e avaliação do discurso espontâneo. Mais uma vez, são raras as situações em que são referidos de forma isolada.

Nesta situação verifica-se que há um maior leque de provas de avaliação apontadas, pelo que há uma menor concordância nos resultados. Verifica-se que para a avaliação das perturbações fonológicas, os terapeutas da fala aplicam provas relacionadas com a discriminação auditiva e consciência fonológica, de forma a avaliar a integridade destas capacidades.

As provas anteriormente referidas consistem em instrumentos formais. A avaliação informal não é indicada com frequência como uma forma usual de avaliação. Pascoe, et al. (2010) referem que cerca de 50% dos terapeutas da fala usam métodos de avaliação informais ou fazem algumas adaptações aos já existentes. No entanto, em Portugal esta opção não é a mais frequente na avaliação das perturbações articulatórias ou fonológicas.

5.9. Diferença entre diagnósticos

5.9.1. Perturbação Articulatória e Perturbação Fonológica

Na distinção entre a perturbação articulatória e a perturbação fonológica os terapeutas da fala portugueses são uniformes nas características que apresentam para cada uma. Assim, definem que na perturbação articulatória existem alterações na morfologia ou na função das estruturas orofaciais intervenientes na articulação; o fonema alvo não é produzido isoladamente ou em qualquer outro contexto; o erro é consistente e sistemático; não existem alterações ao nível da discriminação auditiva ou da consciência fonológica; existe uma falha no posicionamento, tempo, velocidade ou integração das praxias faciais e os erros caracterizam-se por omissões, substituições e/ou distorções consistentes. Por outro lado, consideram que a perturbação fonológica se caracteriza por ausência de alterações das estruturas orofaciais e do seu funcionamento; a produção do fonema isoladamente pode ser melhor do que em palavra; o tipo de erro é inconsistente e surge em algumas produções; verificam-se dificuldades ao nível da consciência fonológica e da discriminação auditiva;

há uma desorganização na aquisição e domínio dos fonemas; verificam-se processos fonológicos atípicos para a idade em questão; poderá estar associado a um déficit de linguagem e os erros caracterizam-se por omissões e substituições inconsistentes. Além das características apresentadas, surgem ainda algumas respostas ligeiramente diferentes sendo referido que a perturbação articulatória é um desvio articulatório de origem orgânica/funcional e a perturbação fonológica é um desvio articulatório relacionado com a organização do sistema de sons.

Verifica-se, com as respostas obtidas, que a distinção entre estes dois conceitos nem sempre reflete os dados disponíveis na literatura atual. Observa-se a utilização do termo perturbação articulatória para todo o tipo de perturbação dos sons da fala. Este é um conceito pouco utilizado uma vez que os termos perturbações articulatórias e perturbações fonológicas caracterizam perturbações distintas (Bowen, 2009; Smit, 2004).

A perturbação articulatória é entendida atualmente como uma incapacidade para produzir de forma perceptível alguns sons (Broomfield & Dodd, 2004), isoladamente e em diferentes contextos (Crosbie, et al., 2005), devido a dificuldades de realização motora (Smit, 2004).

A perturbação fonológica pode ser considerada, de uma forma geral, por uma dificuldade ao nível da organização do sistema de sons (Bowen, 2009) e caracteriza-se pela dificuldade em produzir ou compreender de forma correta os diferentes sons da fala (Gierut, 2010). As crianças com esta perturbação apresentam um sistema fonológico distinto do que é considerado típico e podem revelar um inventário fonético incompleto (Bowen, 2009). Esta pode ainda subdividir-se em perturbação fonológica consistente e perturbação fonológica inconsistente. Na perturbação fonológica consistente verifica-se um uso sistemático de processos fonológicos atípicos, para além dos processos típicos. Na perturbação fonológica inconsistente verifica-se uma produção variável das mesmas palavras (Bowen, 2009; Crosbie, et al., 2005). Assim, a consistência do erro pode ser uma característica diferenciadora entre a perturbação articulatória e a fonológica.

As respostas obtidas no presente estudo, quando comparadas com os estudos anteriormente reportados (Bowen, 2009; Crosbie, et al., 2005), demonstram que ainda existem algumas dificuldades na distinção entre estes dois diagnósticos, verificando-se alguma confusão entre a definição das duas perturbações e as suas características.

5.9.2. Atraso Fonológico e Perturbação Fonológica

A distinção entre o atraso fonológico e a perturbação fonológica originou uma grande variedade de respostas. Alguns dos terapeutas afirmam que uma criança com atraso fonológico encontra-se numa etapa inferior do desenvolvimento esperado, ou seja, há um atraso em relação ao padrão de desenvolvimento normal na aquisição fonológica. Referem ainda que há alterações a nível da consciência fonológica, todos os fonemas são adquiridos com atraso e estão presentes alguns processos fonológicos. Por outro lado, indicam que a perturbação fonológica representa um desvio qualitativo, ou seja, há um desvio do desenvolvimento considerado normal. Nesta perturbação consideram que apenas alguns fonemas são adquiridos com atraso e a duração da intervenção é superior. De uma forma geral, os terapeutas da fala consideram que para distinguir estes dois diagnósticos torna-se importante avaliar se o desenvolvimento fonológico segue as etapas consideradas normais ou se há um desvio; se a criança realiza processos idiossincráticos; a consistência dos erros e se há um comprometimento de todas as componentes fonológicas ou apenas uma. Outras respostas referem ainda que no atraso fonológico há uma alteração a nível da compreensão

e produção e na perturbação fonológica existe apenas uma alteração da expressão; o atraso fonológico refere-se a um desvio articulatorio característico de crianças mais novas e a perturbação fonológica indica um desvio articulatorio atípico. Desta forma, verifica-se que há uma grande variedade de respostas e observam-se algumas não-respostas, pelo que o atraso fonológico parece ser ainda bastante desconhecido em Portugal.

No estudo realizado por Joffe e Pring (2008), os terapeutas distinguiram estes diagnósticos referindo que no atraso fonológico os erros são característicos de crianças mais novas, enquanto na perturbação fonológica são desviantes. Verifica-se, então, que a informação obtida no presente estudo é semelhante aos resultados obtidos em estudos internacionais mencionados (Joffe & Pring, 2008).

Os dados disponíveis na literatura revelam que as crianças com atraso fonológico apresentam um discurso com padrões de erro regulares, que ocorrem no desenvolvimento típico, mas numa idade em que já não é esperado, ou seja, observam-se processos fonológicos característicos de crianças mais novas (Bowen, 2009; Crosbie, et al., 2005). Já a perturbação fonológica, tal como foi referido anteriormente, pode ser descrita como uma dificuldade ao nível da organização do sistema de sons (Bowen, 2009) e caracteriza-se pela dificuldade em produzir ou compreender de forma correta os diferentes sons da fala (Gierut, 2010). Desta forma, algumas das respostas obtidas parecem ser semelhantes à informação disponível na literatura.

5.9.3. Perturbação Fonológica e Dispraxia

A distinção entre perturbação fonológica e dispraxia gerou uma maior variedade de respostas. De uma forma geral, os terapeutas da fala portugueses classificaram a dispraxia como uma perturbação que envolve uma alteração do Sistema Nervoso Central (SNC) e um défice de programação motora, não só para a fala como para outros movimentos. Acrescentaram ainda que há um comportamento de procura do ponto articulatorio, performance pior na imitação e um grau de inteligibilidade do discurso muito baixo. Já a perturbação fonológica não pressupõe alterações do SNC, caracteriza-se pelas dificuldades ao nível do sistema fonológico, mas sem relação com questões motoras, performance melhor na imitação e produção isolada, embora com dificuldades no discurso espontâneo.

A perturbação fonológica inconsistente e a dispraxia são duas perturbações que podem apresentar algumas características comuns. Nas duas situações há restrições no inventário de vogais e consoantes, omissões de segmentos e estruturas, erros segmentais, alterações ao nível da prosódia, aumento dos erros com o aumento da complexidade da estrutura e uso de sílabas e palavras simples (Bowen, 2009) e inconsistência (Crosbie, et al., 2005). No entanto, estes dois diagnósticos podem ser distinguidos ao definirmos cada um deles. As principais características diferenciadoras são apresentadas na tabela 8 (Bowen, 2009).

Tabela 7 - Distinção entre Perturbação Fonológica Inconsistente e Dispraxia. Adaptado de Bowen (2009).

	Dispraxia	Perturbação fonológica inconsistente
Discurso espontâneo vs. Repetição	Melhor performance no discurso espontâneo do que na repetição;	Melhor performance na repetição do que no discurso espontâneo;
Consciência fonológica	Consciência fonológica intacta;	Dificuldades de consciência fonológica associadas;
Capacidades oromotoras	Dificuldades a nível oromotor ou de alimentação;	Não se verificam dificuldades a nível oromotor;
Clareza e precisão	Verifica-se falta de clareza e de precisão;	Verifica-se uma melhor precisão comparativamente com a dispraxia;
Características suprassegmentais	A prosódia, a fluência e a voz podem estar afetadas.	A prosódia, a fluência e a voz estão, usualmente intactas.

Desta forma verifica-se que os terapeutas da fala portugueses destacaram algumas características de referência, mas nem todas foram mencionadas. Há então um entendimento das características principais para a distinção entre estes dois diagnósticos.

6. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

6.1. Conclusões

O presente estudo permitiu tirar algumas ilações acerca da prática clínica dos terapeutas da fala em Portugal. Verifica-se que há um grande número de terapeutas da fala a exercer em escolas, sendo a especialização mais comum a perturbação da linguagem na criança. Poucos são os terapeutas especializados em perturbações fonológicas, ou seja, esta não é a área de intervenção mais comum.

Ao nível da casuística verifica-se que de entre as perturbações dos sons da fala apresentadas, a perturbação articulatória e o atraso/perturbação fonológica são as mais comuns na prática clínica. Há um número muito reduzido de pacientes identificados com dispraxia.

No que respeita às abordagens de intervenção mais comumente aplicadas em casos de perturbação fonológica verificou-se que ainda há um número considerável de terapeutas da fala a utilizar abordagens de base articulatória. No entanto, as abordagens utilizadas com maior frequência são a Terapia da Consciência Fonológica, a Discriminação Auditiva e Terapia dos Pares Mínimos. A Abordagem Centrada na Família foi igualmente apontada, o que vem reforçar a ideia da importância do envolvimento dos pais na intervenção. Ainda a este nível constatou-se que os terapeutas utilizam mais do que uma abordagem de intervenção em pacientes com perturbação fonológica. O número varia entre 5 e 7, podendo contemplar qualquer abordagem. A intervenção é usualmente realizada apenas uma vez por semana, podendo, em algumas situações, ser bissemanal e prolonga-se por um período superior a seis meses, na grande maioria das situações.

Na intervenção, os terapeutas da fala tendem a ter em consideração a importância do envolvimento dos pais e dos professores para um melhor desempenho por parte da criança. Verificou-se então que grande parte dos inquiridos, independentemente do tempo de experiência, proporciona este envolvimento, sendo mais frequente envolver os pais do que os professores.

Os terapeutas da fala portugueses apresentam um maior grau de confiança na intervenção com perturbações articulatórias e fonológicas do que na intervenção com dispraxia, o que pode estar relacionado com um maior conhecimento das duas primeiras perturbações, sendo que a última mostra-se menos frequente na prática clínica. Além disso, verifica-se que os terapeutas menos experientes parecem apresentar um maior grau de confiança na intervenção com as diferentes perturbações dos sons da fala.

No que concerne à evidência na prática clínica, a maioria dos terapeutas da fala considera existir informação suficiente para a escolha de uma intervenção adequada. No entanto, em Portugal parece existir apenas um estudo a este nível, o que parece insuficiente para tirar esta ilação. Desta forma, as respostas obtidas devem ter tido como suporte dados internacionais, em que há vários estudos realizados.

Na avaliação de pacientes com perturbação articulatória ou fonológica, os terapeutas da fala utilizam instrumentos semelhantes, verificando-se uma grande percentagem de utilizadores do Teste de Articulação Verbal para avaliar as duas perturbações.

Verifica-se que as características descritas para distinguir as perturbações nem sempre refletem os dados disponíveis na literatura atual. O atraso fonológico foi apontado como desconhecido para alguns dos inquiridos, e na definição de dispraxia, foram encontradas respostas muito variadas, provavelmente por ser um diagnóstico pouco

frequente. Alguns terapeutas referiram a importância de aprofundar conhecimentos a este nível.

6.2. Limitações do estudo e trabalho futuro

O presente estudo apresentou algumas limitações. Salienta-se a amostra reduzida, o que limitou em termos de generalização das conclusões. Por outro lado, o facto de o questionário ser extenso pode ter influenciado na recolha de dados, uma vez que é um fator de desistência por parte dos inquiridos. Verificou-se, também, a existência de poucos estudos diretamente relacionados com a temática em questão, o que dificultou a comparação de resultados, principalmente a nível de referências nacionais.

Em trabalhos futuros poderão ser aprofundadas outras questões acerca da prática clínica, já referidas neste estudo, que não foram devidamente exploradas. São exemplo as questões que fazem a distinção entre os diagnósticos terapêuticos, que com uma análise mais aprofundada, poderiam resultar noutras conclusões. Por outro lado, a presente investigação sugere a necessidade de aprofundar questões diretamente relacionadas com as motivações que levam à escolha de cada uma das abordagens para intervenção.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASHA. (1982). *Language*. American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved from www.asha.org/policy.
- Azevedo, Â. (1998). *Desenvolvimento linguístico da criança em idade pré-escolar e estimulação no contexto familiar*. Mestrado, Universidade do Porto, Porto.
- Baker, E., & McLeod, S. (2011). Evidence-Based Practice for Children With Speech Sound Disorders: Part 1 Narrative Review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42, 102-139.
- Ball, M. J., Muller, N., & Rutter, B. (2010). *Phonology for Communication Disorders*. New York: Psychology Press.
- Baptista, M. (2009). *Prova de Avaliação das Capacidades Articulatorias*. Coimbra: Grácio Editor.
- Barbosa, J. M. (1994). *Introdução ao Estudo da Fonologia e Morfologia do Português*. Coimbra: Almedina.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (1998). *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures*. American Academy of Orthopaedic Surgeons.
- Bernstein, D. K., & Tiegerman-Farber, E. (2002). *Language and Communication Disorders in Children* (5ª ed.). Boston: Stephen D. Dragin.
- Bernthal, J., & Bankson, N. (2004). *Articulation and Phonological Disorders* (5ª ed.). Boston: Pearson Education.
- Berry, M., & Eisenson, J. (1956). *Speech Disorders: Principles and Practices of Therapy*. London: Peter Owen.
- Bleile, K. M. (2004). *Manual of Articulation and Phonological Disorders: Infancy through Adulthood* (2ª ed.). Canada: Delmar.
- Botham, H. (2013). Sounds for Literacy. *Cued Articulation*. Retrieved Março de 2013, from <http://www.cuedarticulationtraining.com.au/cued-articulation.html>
- Bowen, C. (2009). *Children's Speech Sound Disorders*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bowen, C. (2011). Speech-Language Pathologist. Retrieved Abril de 2013, from http://speech-language-therapy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=16:ssd&catid=11:admin&Itemid=121
- Bowen, C., & Cupples, L. (2006). PACT: Parents and children together in phonological therapy. *Advances in Speech-Language Pathology*, 8 (3), 282-292. doi: 10.1080/14417040600826980
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2006). *Research methods in psychology* (3ª ed.). London: Sage.
- Broomfield, J., & Dodd, B. (2004). The nature of referred subtypes of primary speech disability. *Child Language and Therapy*, 20 (2), 135-151.
- Campbell, T., Dollaghan, C., Rockette, H., Paradise, J., Feldman, H., Shriberg, L., Sabo, D., Kurs-Lasky, M. (2003). Risk Factors for Speech Delay of Unknown Origin in 3-Year-Old Children. *Child Development*, 74 (2), 346-357.
- Cargan, L. (2007). *Doing Social Research*. United Kingdom: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

- Castrogiovanni, A. (2008). Incidence and Prevalence of Communication Disorders and Hearing Loss in Children - 2008 Edition. Retrieved from <http://www.asha.org/research/reports/children.htm>
- Centre, N. H. a. S. (2004). *Nuffield Centre Dyspraxia Programme* (3rd edn ed.). Windsor: Nuffield Hearing and Speech Centre / Miracle Factory.
- Cesarin, M. T. (2006). *Estudos dos desvios de fala em pré-escolares de escolas públicas estaduais de Santa Maria-RS*. Pós graduação, Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria.
- Costa, M. (2008). *Perturbações da linguagem na criança: caracterização e retrato-tipo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Couper, M. P. (2000). Web Surveys: A Review of Issues and Approaches *The public Opinion Quarterly* (Vol. 64, pp. 464-494).
- Crosbie, S., Holm, A., & Dodd, B. (2005). Intervention for children with severe speech disorder: A comparison of two approaches. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 40, 467-491. doi: 10.1080/13682820500126049
- De Renzi, E., & Vignolo, L. A. (1962). The Token Test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 665-678.
- Dillman, D. A., & Bowker, D. D. (2001). The Web questionnaire challenge to survey methodologists. *Dimensions of Internet science*, 159-178.
- Dillman, D. A., Tortora, R. D., & Bowker, D. (1998). Principles for Constructing Web Surveys. Retrieved from <http://survey.sesrc.wsu.edu/dillman/papers/1998/principlesforconstructingwebsurveys.pdf>
- Dodd, B., & Bradford, A. (2000). A comparison of three therapy methods for children with different types of developmental phonological disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35, No 2, 189-209.
- Dodd, B., Holm, A., Hua, Z., & Crosbie, S. (2003). Phonological development: a normative study of British English-speaking children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 17, No. 8, 617-643.
- Dodd, B., & Iacono, T. (1989). Phonological disorders in children: changes in phonological process use during treatment. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 333-351.
- Evans, J. R., & Mathur, A. (2005). The value of online surveys *Internet Research* (Vol. 15, pp. 195-219): Emerald Group Publishing Limited.
- Falé, I., Faria, I., & Monteiro, O. (2001). *Teste de Avaliação da Produção Articulatória de Consoantes do Português Europeu*. Lisboa: Laboratório de Psicolinguística da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Ferrante, C., Borsel, J. V., & Pereira, M. (2009). Análise dos processos fonológicos em crianças com desenvolvimento fonológico normal. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14 (1), 36-40.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Gee, J. (1992). *The social mind: Language, ideology, and social practice*. New York: Bergin & Garvey.
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-Cultural Normative Assessment: Translation and Adaptation Issues Influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 6, 304-312.

- Gibson, M. *A critique of the linguistic validation process for Patient-Reported Outcomes and Quality of Life instruments*. Linguistic Validation and Translation Specialist.
- Gierut, J. (1990). Differential Learning of Phonological Oppositions. *Journal of Speech and Hearing Research*, 33, 540-549.
- Gierut, J. (1998). Treatment Efficacy: Functional Phonological Disorders in Children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 85-100.
- Gierut, J. (2010). Phonological Disorders in Children. In I. University (Ed.). United States: American Speech-Language Hearing Association (ASHA).
- Gillon, G. (2000). The Efficacy of Phonological Awareness Intervention for Children With Spoken Language Impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31, 126-141.
- Gillon, G., & McNeill, B. (2007). *Integrated phonological awareness: An intervention program for preschool children with speech-language impairment*. New Zealand: University of Canterbury.
- Goldim, J. R. (2007). Avaliação ética da investigação científica de novas drogas: a importância da caracterização adequada das fases da pesquisa. *Rev HCPA* 27, 66-73.
- Guerreiro, H. (2007). *Processos Fonológicos na Fala da Criança com cinco anos*. Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46, 1417-1432.
- Guimarães, I. (1995). *PAOF: Protocolo de Avaliação Orofacial*. Lisboa: Europraxis.
- Guimarães, I., & Grilo, M. (1997). *Manual de Fisiopraxis*. Alcoitão: Fisiopraxis.
- Harrison, L., & McLeod, S. (2010). Risk and Protective Factors Associated With Speech and Language Impairment in a Nationally Representative Sample of 4- to 5-Year-Old Children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 53 (2), 508-529.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Hinton, P. R., Brownlow, C., McMurray, I., & Cozens, B. (2004). *SPSS Explained*. New York: Taylor & Francis.
- Hodson, B. (2006). Identifying phonological patterns and projecting remediation cycles: Expediting intelligibility gains of a 7 year old Australian child. *Advances in Speech-Language Pathology*, 8 (3), 257-264. doi: 10.1080/14417040600824936
- Hodson, B., & Paden, E. (1991). *Targeting Intelligible Speech: A Phonological Approach to Remediation*. San Diego: College Hill Press.
- Hoffman, P., Norris, J., & Monjure, J. (1990). Comparison of process targeting and whole language treatments for phonologically delayed preschool children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 21, 102-109.
- Howell, J., & Deane, E. C. (1991). *Teaching Phonological Disorders in Children: Metaphon - Theory to Practice*. London: Whurr.
- Joffe, V., & Pring, T. (2008). Children with phonological problems: a survey of clinical practice. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43, 154-164. doi: 10.1080/13682820701660259
- Kamhi, A. G. (2006). Treatment Decisions for Children With Speech-Sound Disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37, 271-279.

- Kay, E. S., & Santos, M. (2003). *Grelha de Observação da Linguagem: Nível Escolar*. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Kay, E. S., & Tavares, M. D. (2006). *TALC - Teste de Avaliação da Linguagem na Criança*. Lisboa: Oficina Didáctica.
- Lancaster, G., Keusch, S., Levin, A., Pring, T., & Martin, S. (2010). Treating children with phonological problems: does an eclectic approach to therapy work? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45 (2), 174-181.
- Lancaster, G., & Pope, L. (1989). *Working with Children's Phonology*. Bicester: Winslow.
- Lass, N. J., & Pannbacker, M. (2008). The Application of Evidence-Based Practice to Nonspeech Oral Motor Treatments. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 408-421.
- Law, J., Boyle, j., Harris, F., Harkness, A., & Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35, 165-188.
- Litvin, s. W., & Kar, G. H. (2001). E-Surveying for Tourism Research: Legitimate Tool or a Researcher's Fantasy? *Journal of Travel Research*, 39, 308-314. doi: 10.1177/004728750103900309
- Lousada, M. (2012). *Alterações fonológicas em crianças com perturbação da linguagem*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Lousada, M., Jesus, L., Capelas, S., Margaça, C., Simões, D., Valente, A., Hall, A. Joffe, V. (2013). Phonological and articulation treatment approaches in Portuguese children with speech and language impairments: a randomized controlled intervention study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48, No. 2, 172-187. doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00191.x
- Lousada, M., Mendes, A. P., Valente, A. R., & Hall, A. (2012). Standardization of a phonetic-phonological test for European Portuguese Children *Folia Phoniatria et Logopaedica*, 64, 151-156.
- Mateus, M. H., Andrade, A., Viana, M. C., & Villalva, A. (1991). *Fonética, Fonologia e Morfologia do Português*: Universidade Aberta.
- McIntosh, B., & Dodd, B. (2008). Evaluation of Core Vocabulary intervention for treatment of inconsistent phonological disorder: Three treatment case studies. *Child Language Teaching and Therapy*, 25 (1), 09-30.
- McKinnon, D. H., McLeod, S., & Reilly, S. (2007). The Prevalence of Stuttering, Voice, and Speech-Sound Disorders in Primar School Students in Australia. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 5-15.
- McLeod, S., & Harrison, L. (2009). Epidemiology of Speech and Language Impairment in a Nationally Representative Sample of 4- to 5-Year-Old Children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 52 (5), 1213-1229.
- Mendes, A., Afonso, E., Lousada, M., & Andrade, F. (2013). *Teste Fonético-Fonológico ALPE*. Aveiro: Edubox.
- Mota, H. B., Silva, A. P. S. d., & Mezzomo, C. L. (2008). Mudanças fonológicas na terapia de sujeitos com desvio fonológico utilizando 'contraste' e 'reforço' do traço [voz]. *Letras de Hoje*, 43, n.3, 7-14.
- Nicolielo, A. P., Monteiro, C. Z., Asumpção, M. T., Lopes-Junior, C., Silva, R. H. A., & Sales-Peres, A. (2005). A importância da bioética nas pesquisas em fonoaudiologia. *Arq Ciências Saúde*, 12(4), 200-205.
- Nuffield Centre Dyspraxia Programme. (2012). *NDP3 treatment approach*

- Oetter, P., Richter, E., & Frick, S. M. (1993). *M.O.R.E.: Integrating the Mouth with Sensory and Postural Functions*: PDP Press.
- Ozanne, A. (2005). Childhood apraxia of speech In B. Dodd (Ed). *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder* (2nd ed., pp. 71-82). London: Whurr.
- Pappas, N. W. (2009). The australian experience of family-centred practice in intervention for speech impairment. In C. Bowen (Ed.), *Children's Speech Sound Disorders* (pp. 157-160). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Pascoe, M., Maphalala, Z., Ebrahim, A., Hime, D., Mohamed, N., & Skinner, M. (2010). Children with speech difficulties: An exploratory survey of clinical practice in the Western Cape. *South African Journal of Communication Disorders*, 57, 66-75.
- Passey, J. (1990). *Cued Articulation*. Melbourne: ACER.
- Pate, O. (2000, Autumn). Getting in synch with suck, swallow, breathe. *Speech & Language Therapy in Practice*, 8-11.
- Peter, S. (2011). *Critical Review: In children with phonological/articulation disorders, do non-speech oral motor exercises improve speech production compared to direct speech therapy?* University of Western Ontario: School of Communication Sciences and Disorders.
- Presser, S., Rothgeb, J. M., Couper, M. P., Lessler, J. T., Martin, E., Martin, J., & Singer, E. (2004). *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Riper, C. V., & Erickson, R. L. (1984). *Speech correction: An introduction to speech pathology and audiology* (7th ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Roulstone, S., Miller, L., Wren, Y., & Peters, T. (2009). The natural history of speech impairment of 8-year-old children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: Error rates at 2 and 5 years. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11 (5), 381-391.
- Royal College of Speech & Language Therapists. (2013) Retrieved 20 de Maio de 2013, from <http://www.rcslt.org/>
- Santana, A. P., Machado, M., Bianchi, K., Freitas, M., & Marques, J. M. (2010). O Articulatório e o Fonológico na Clínica da Linguagem: da teoria à prática. *CEFAC*.
- Saris, W. E., & Gallhofer, I. N. (2007). *Design, Evaluation, and Analysis of Questionnaires for Survey Research*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Schiller, N. O., & Meyer, A. S. (2003). Articulatory Phonology: A phonology for public language use. In A. Lahiri (Ed.), *Phonetics and Phonology in Language Comprehension and Production*. New York: Mouton de Gruyter.
- Shriberg, L., Tomblin, J. B., & McSweeney, J. (1999). Prevalence of Speech Delay in 6-Year-Old Children and Comorbidity With Language Impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 1461-1481.
- Shriberg, L. D. (2003). Diagnostic makers for child speech-sound disorders: introductory comments. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 17 (7), 501-505.
- Skahan, S. M., Watson, M., & Lof, G. L. (2007). Speech-Language Pathologists' Assessment Practices for Children With Suspected Speech Sound Disorders: Results of a National Survey. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16, 246-259.
- Smit, A. B. (2004). *Articulation and Phonology - Resource guide for school-age children and adults*. Clifton Park: Thomson Learning.

- Stein, C. M., Lu, Q., Elston, R. C., Freebairn, L. A., Hansen, A. J., Shriberg, L. D., Taylor, H. G., Lewis, B. A., Iyengar, S. k. (2011). Heritability Estimation for Speech-Sound Traits with Developmental Trajectories. *Behavioral Genetics*, 41 (2), 184-191.
- Torgesen, J., & Bryant, B. (1994). *Test of Phonological Awareness - Second Edition*. United States of America.
- Vicente, S. G., Castro, S. L., Santos, A., Barbosa, A., Borges, A., & Gomes, I. (2006). *Prova de avaliação da articulação de sons em contexto de frase para o Português Europeu*. Évora.
- Weible, R., & Wallace, J. (1998). Cyber research: The impact of the internet on data collection. *Marketing Research*, 10, 19-24.
- Weiner, F. (1981). Treatment of phonological disability using the method of meaningful minimal contrast: Two case studies. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, 97-103.
- Wren, Y., McLeod, S., White, P., Miller, L. L., & Roulstone, S. (2013). Speech characteristics of 8-year-old children: Findings from a prospective population study. *Journal of Communication Disorders*, 46 (1), 53-69.

ANEXOS

ANEXO I – VISUALIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO APLICADO NA PLATAFORMA ACSA

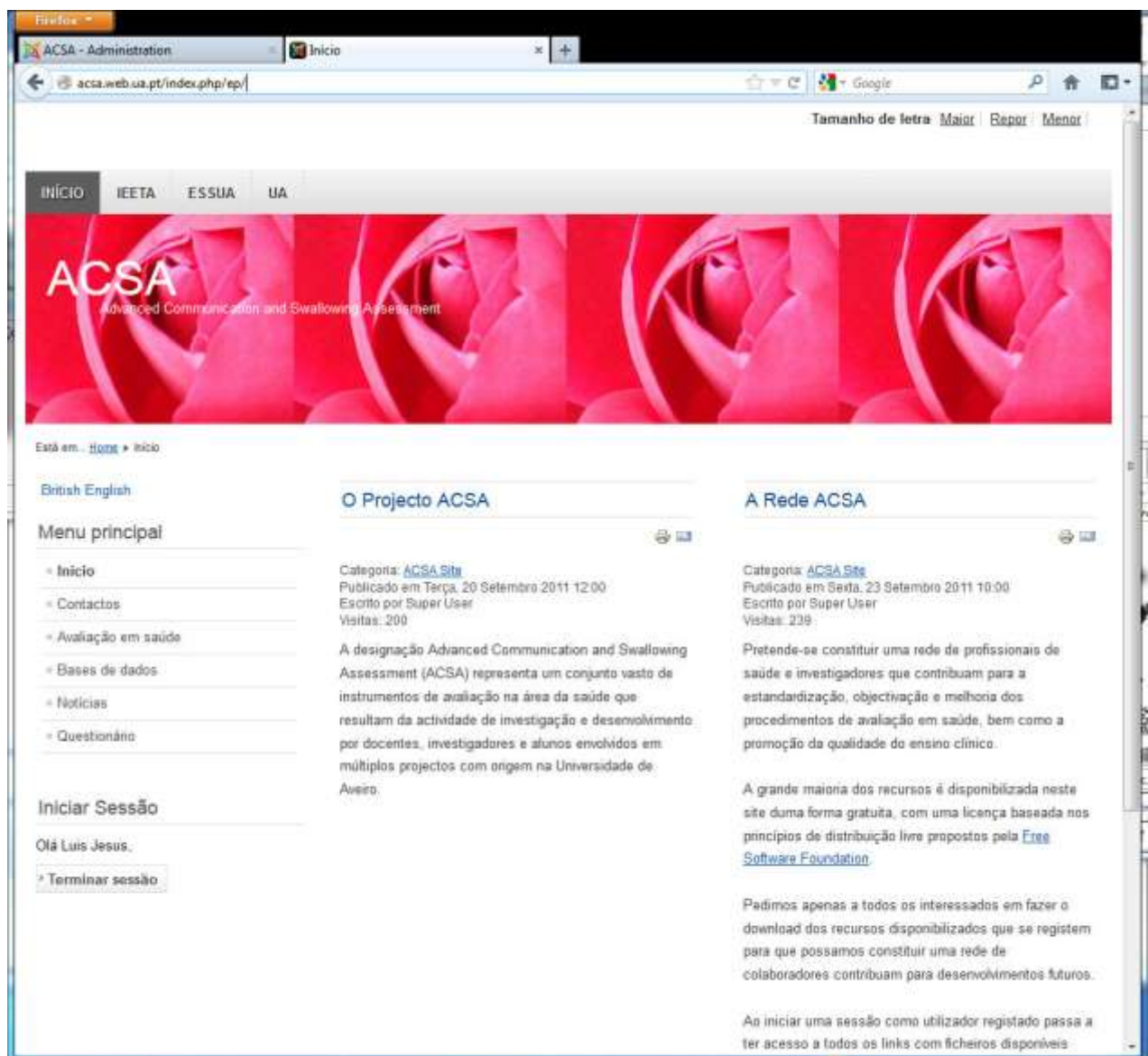


Ilustração 1 - Visualização da plataforma web ACSA

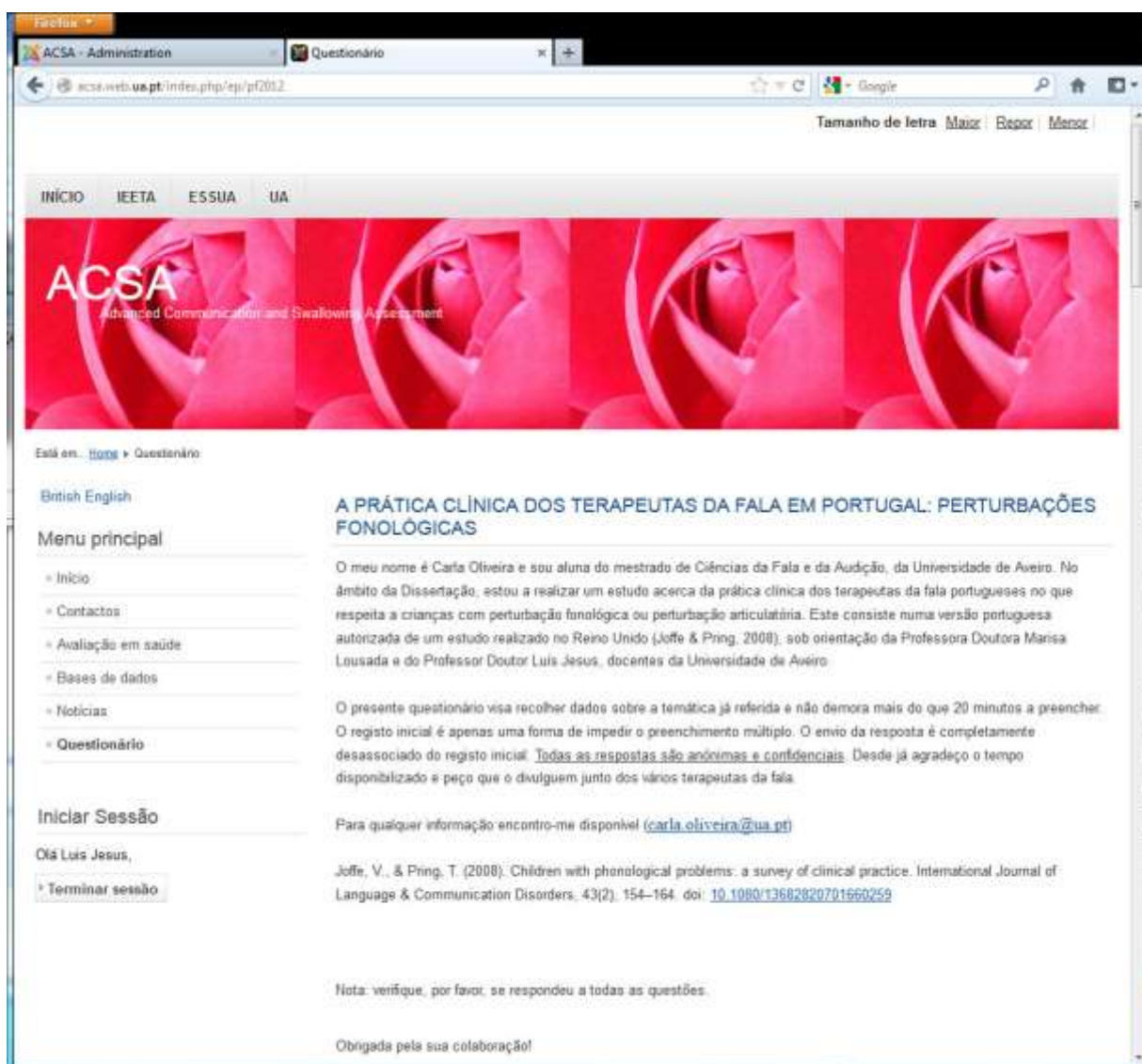


Ilustração 2 - Visualização do questionário na plataforma ACSA

1) Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Poderei recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo. Eu compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em revistas científicas, apresentados em conferências e usados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade.

☐ Dou autorização para a utilização dos dados para estes fins e consinto que me seja aplicado o inquérito proposto pelo investigador. ☐ Não dou autorização para a utilização dos dados para estes fins e não consinto que me seja aplicado o inquérito proposto pelo investigador.

Ilustração 3 - Consentimento informado

32) Quais são as principais características para fazer um diagnóstico diferencial entre crianças com perturbação fonológica versus dispraxia?

33) Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com perturbação articulatória?

☐ Muito confiante ☐ Confiante ☐ Neutro ☐ Pouco confiante ☐ Nada confiante

34) Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com atraso/perturbação fonológica?

☐ Muito confiante ☐ Confiante ☐ Neutro ☐ Pouco confiante ☐ Nada confiante

35) Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com dispraxia?

☐ Muito confiante ☐ Confiante ☐ Neutro ☐ Pouco confiante ☐ Nada confiante

36) Diga se concorda ou discorda com a seguinte afirmação: "Considero que existe evidência suficiente que mostra que a intervenção em pacientes com atraso/perturbação fonológica é eficaz."

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Nem concordo nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

Your details

* Required field

E-mail: *

lma@ua.pt

Send

© University of Aveiro, Portugal
Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) is a Registered Trademark (INPI Registration Number 480275)
Produzido em Joomla!

Ilustração 4 - Visualização do questionário na plataforma ACSA

ANEXO II – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA RECOLHA DE DADOS

A PRÁTICA CLÍNICA DOS TERAPEUTAS DA FALA EM PORTUGAL

- 1. Há quanto tempo exerce a profissão de Terapeuta da Fala?**
 - Menos de 1 ano
 - Entre 1 e 3 anos
 - Entre 3 e 6 anos
 - Entre 6 e 10 anos
 - Mais de 10 anos

- 2. Qual a sua instituição de formação?**

<ul style="list-style-type: none">• ESSA (Alcoitão)• ESSUA (Aveiro)• ESSUALG (Faro)• ESS-IPS (Setúbal)• ESTSP (Porto)• ESSL – IPL (Leiria)	<ul style="list-style-type: none">• ESSEM (Egas Moniz)• ESS – UAtlântica (Lisboa)• ISAVE (Alto Ave)• UFP (Porto)• Outra
---	---

- 3. Onde é que exerce maioritariamente a profissão de Terapeuta da Fala?**

<ul style="list-style-type: none">• Hospital• Escolas• Clínica• Universidade	<ul style="list-style-type: none">• IPSS• Centro de Saúde• Outro
---	--

- 4. Qual é a área em que se especializou (em que trabalha(ou) maioritariamente)?**
 - Atraso/Perturbação fonológica
 - Dispraxias
 - Perturbações da linguagem na criança~
 - Perturbação articulatória
 - Fluência
 - Outra

- 5. Qual a percentagem da sua casuística que corresponde a perturbações articulatórias?**
 - Menos de 10%
 - Entre 10 e 39%
 - Entre 40 e 70%
 - Mais de 70%

- 6. Qual a percentagem da sua casuística que corresponde a atraso/perturbação fonológica?**
 - Menos de 10%
 - Entre 10 e 39%
 - Entre 40 e 70%
 - Mais de 70%

- 7. Qual a percentagem de crianças da sua casuística que identifica com dispraxia?**
 - Menos de 10%

- Entre 10 e 39%
- Entre 40 e 70%
- Mais de 70%

8. Qual/Quais o(s) instrumento(s) de avaliação que costuma aplicar a pacientes com suspeita de perturbação articulatória?

9. Qual/Quais o(s) instrumento(s) de avaliação que costuma aplicar a pacientes com suspeita de perturbação fonológica?

10. Com que frequência utiliza Discriminação Auditiva em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Desconheço

11. Com que frequência utiliza Terapia dos Pares Mínimos em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Desconheço

12. Com que frequência utiliza Terapia de Oposições Máximas em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Desconheço

13. Com que frequência utiliza Treino Articulatório/Motor em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente

- Nunca
 - Desconheço
- 14. Com que frequência utiliza Sincronização/Coordenação Sucção-Deglutição-Respiração em casos de perturbação fonológica?**
- Sempre
 - Frequentemente
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
 - Desconheço
- 15. Com que frequência utiliza Treino Oro-Motor Não Verbal em casos de perturbação fonológica?**
- Sempre
 - Frequentemente
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
 - Desconheço
- 16. Com que frequência utiliza o Programa para a Dispraxia Nuffield em casos de perturbação fonológica?**
- Sempre
 - Frequentemente
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
 - Desconheço
- 17. Com que frequência utiliza Vocabulário Fundamental (“Core Vocabulary”) em casos de perturbação fonológica?**
- Sempre
 - Frequentemente
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
 - Desconheço
- 18. Com que frequência utiliza a Abordagem Linguística Global (“Whole-Language Approach”) em casos de perturbação fonológica?**
- Sempre
 - Frequentemente
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
 - Desconheço

19. Com que frequência utiliza Bombardeamento Auditivo em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Desconheço

20. Com que frequência utiliza a abordagem “Metaphon” em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Desconheço

21. Com que frequência utiliza Consciência Fonológica em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Desconheço

22. Com que frequência utiliza Articulação com Pistas Gestuais (“Cued Articulation”) em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Desconheço

23. Com que frequência utiliza a Abordagem dos Ciclos em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Desconheço

24. Com que frequência utiliza uma abordagem centrada na família em casos de perturbação fonológica?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes

- Raramente
 - Nunca
 - Desconheço
25. Com que frequência envolve os pais no processo de intervenção com crianças que apresentam atraso/perturbação fonológica?
- Sempre
 - Frequentemente
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
26. Com que frequência envolve os professores no processo de intervenção com crianças que apresentam atraso/perturbação fonológica?
- Sempre
 - Frequentemente
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
27. Qual a frequência das sessões de intervenção com crianças que apresentam atraso/perturbação fonológica?
- Menos de uma vez por semana
 - Uma vez por semana
 - Duas vezes por semana
 - Três a quatro vezes por semana
 - Todos os dias
28. Qual a duração da intervenção com crianças que apresentam atraso/perturbação fonológica?
- Menos de 4 semanas
 - Entre 4 e 6 semanas
 - Entre 6 e 12 semanas
 - Entre 3 e 6 meses
 - Mais de 6 meses
29. Quais são as principais características para fazer um diagnóstico diferencial entre crianças com perturbação articulatória versus perturbação fonológica?
-
-
30. Quais são as principais características para fazer um diagnóstico diferencial entre crianças com atraso fonológico versus perturbação fonológica?
-
-
31. Quais são as principais características para fazer um diagnóstico diferencial entre crianças com perturbação fonológica versus dispraxia?

-
-
- 32. Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com perturbação articulatória?**
- Muito confiante
 - Confiante
 - Neutro
 - Pouco confiante
 - Nada confiante
- 33. Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com atraso/perturbação fonológica?**
- Muito confiante
 - Confiante
 - Neutro
 - Pouco confiante
 - Nada confiante
- 34. Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com dispraxia?**
- Muito confiante
 - Confiante
 - Neutro
 - Pouco confiante
 - Nada confiante
- 35. Diga se concorda ou discorda com a seguinte afirmação: Considero que existe evidência suficiente que mostra que a intervenção em pacientes com atraso/perturbação fonológica é eficaz.**
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente

ANEXO III – ANÁLISE DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)**

Parecer Nº 114-11-2012

Título do Projecto: Carla Patrícia Martins de Oliveira.

Identificação do Proponente

Nome(s): Carla Patrícia Martins de Oliveira

Afiliação Institucional: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Investigador Responsável/Orientador: Marisa Lobo Lousada (PhD); Luís Miguel Teixeira de Jesus (PhD)

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A investigadora propõe-se realizar, no âmbito de dissertação de mestrado, estudo com o objectivo de "...analisar a prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal, de forma a explorar a incidência de utilização das diferentes abordagens de intervenção, na sua prática profissional." Pretende "... averiguar qual o tipo de intervenção mais frequente nos casos de atraso/perturbação fonológica".

A população alvo será constituída pelos terapeutas da fala a trabalhar em Portugal, a quem será solicitada a colaboração através da resposta a formulário disponível em plataforma web.

Propõe-se um estudo com metodologia descritiva transversal, para caracterizar a prática clínica de terapeutas da fala.

Considerando que:

- Do desenho do estudo apresentado, e dos procedimentos a realizar, estarão reunidas as condições para a participação livre e informada;
- O contacto com os participantes no estudo será efectuado pela equipa de investigação;
- A colheita de dados será efectuada com recurso a formulário disponível em plataforma web;
- É garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação;
- Não se identificam prováveis danos para os participantes;
- Não há acesso a dados de utentes sujeitos às terapias.

O parecer da Comissão de Ética da UICISA-E **é favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 12/12/2012 O Presidente da Comissão de Ética: Adriano Lima



República Portuguesa



Universidade de Aveiro

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

ANEXO IV – COMPARAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DAS ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO ENTRE PORTUGAL E REINO UNIDO**Tabela 8** - Percentagem de utilização de cada uma das abordagens em Portugal e no Reino Unido

	Sempre / Frequentemente		Algumas vezes		Raramente / Nunca		Desconhecido
	Portugal	R. U.	Portugal	R. U.	Portugal	R. U.	Portugal
Consciência Fonológica	96,5%	72,4%	2,3%	22,4%	0%	5,1%	0%
Discriminação Auditiva	92,0%	87,7%	8,0%	10,2%	0%	2,0%	0%
Terapia dos Pares Mínimos	75,0%	61,3%	19,3%	26,5%	4,5%	12,2%	0%
Abordagem Centrada na Família	58,0%	76,5%	34,1%	13,3%	5,7%	11,2%	1,1%
Articulação com Pistas Gestuais	36,4%	30,6%	34,1%	26,5%	23,8%	42,8%	4,5%
Treino Articulatorio / Motor	30,7%	33,7%	31,8%	53,1%	36,4%	13,2%	0%
Terapia de Oposições Máximas	28,4%	5,1%	25,0%	17,3%	18,2%	77,5%	28,4%
Bombardeamento Auditivo	27,3%	10,2%	26,1%	22,4%	29,5%	67,3%	15,9%
Abordagem Linguística Global	21,6%	11,2%	15,9%	31,6%	11,4%	57,2%	50,0%
Treino Oro-Motor Não-Verbal	10,2%	17,4%	20,5%	54,1%	58,0%	28,5%	10,2%
Vocabulário Fundamental	17,0%	12,2%	10,2%	27,6%	19,3%	60,2%	52,3%
“Metaphon”	9,1%	28,6%	8,0%	37,8%	19,3%	38,7%	62,5%
Coordenação Sucção-Deglutição-Respiração	3,4%	12,2%	11,4%	8,2%	69,3%	79,6%	15,9%
Abordagem dos Ciclos	4,5%	3,0%	10,2%	1,0%	21,6%	96,0%	62,5%
Programa Nuffield	0%	16,4%	0%	60,2%	9,1%	23,4%	87,5%

ANEXO V – NÚMERO DE RESPOSTAS EM CADA QUESTÃO**Tabela 9 - Número de respostas dadas em cada questão**

Questão	Nº de respostas
1- Há quanto tempo exerce a profissão de Terapeuta da Fala?	88
2 - Qual a sua instituição de formação?	88
3 – Onde é que exerce maioritariamente a profissão de Terapeuta da Fala?	88
4 – Qual a área em que se especializou (em que trabalha (ou) maioritariamente)?	88
5 – Qual a percentagem da sua casuística que corresponde a perturbações articulatórias?	87
6 - Qual a percentagem da sua casuística que corresponde a atraso/perturbação fonológica?	88
7 - Qual a percentagem da sua casuística que identifica com dispraxia?	87
8 – Qual/quais o(s) instrumento(s) de avaliação que costuma aplicar em pacientes com suspeita de perturbação articulatória?	87
9 – Qual/quais o(s) instrumento(s) de avaliação que costuma aplicar em pacientes com suspeita de perturbação fonológica?	86
10 – Com que frequência utiliza Discriminação Auditiva em casos de perturbação fonológica?	88
11 – Com que frequência utiliza Terapia dos Pares Mínimos em casos de perturbação fonológica?	87
12 – Com que frequência utiliza Terapia de Oposições Máximas em casos de perturbação fonológica?	88
13 – Com que frequência utiliza Treino Articulatorio/Motor em casos de perturbação fonológica?	87
14 – Com que frequência utiliza Sincronização/Coordenação Sucção-Deglutição-respiração em casos de perturbação fonológica?	88
15 – Com que frequência utiliza Treino Oro-motor Não-verbal em casos de perturbação fonológica?	87
16 – Com que frequência utiliza Programa Nuffield para a Dispraxia em casos de perturbação fonológica?	85
17 – Com que frequência utiliza Vocabulário Fundamental (“Core Vocabulary”) em casos de perturbação fonológica?	87
18 – Com que frequência utiliza Abordagem Linguística Global (“Whole-Language Approach”) em casos de perturbação fonológica?	87
19 – Com que frequência utiliza Bombardeamento Auditivo em casos de perturbação fonológica?	87
20 – Com que frequência utiliza a abordagem “Metaphon” em casos de perturbação fonológica?	87
21 – Com que frequência utiliza Consciência Fonológica em casos de perturbação fonológica?	87
22 – Com que frequência utiliza Articulação com Pistas Gestuais (“Cued Articulation”) em casos de perturbação fonológica?	87
23 – Com que frequência utiliza Abordagem dos Ciclos em casos de	87

perturbação fonológica?	
24 – Com que frequência utiliza uma abordagem centrada na família em casos de perturbação fonológica?	87
25 – Com que frequência envolve os pais no processo de intervenção com crianças que apresentem atraso/perturbação fonológica?	86
26 - Com que frequência envolve os professores no processo de intervenção com crianças que apresentem atraso/perturbação fonológica?	88
27 – Qual a frequência das sessões de intervenção com crianças que apresentem atraso/perturbação fonológica	86
28 – Qual a duração da intervenção com crianças que apresentem atraso/perturbação fonológica	87
29 – Quais são as principais características para fazer um diagnóstico diferencial entre crianças com perturbação articulatória versus perturbação fonológica?	78
30 – Quais são as principais características para fazer um diagnóstico diferencial entre crianças com atraso fonológico versus perturbação fonológica?	65
31 – Quais são as principais características para fazer um diagnóstico diferencial entre crianças com perturbação fonológica versus dispraxia?	65
32 – Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com perturbação articulatória?	88
33 – Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com atraso/perturbação fonológica?	88
34 – Qual o seu grau de confiança, relativamente à escolha de uma intervenção adequada, quando planeia a intervenção de um paciente com dispraxia?	88
35 – Diga se concorda ou discorda com a seguinte afirmação: “Considero que existe evidência suficiente que mostra que a intervenção em pacientes com atraso/perturbação fonológica é eficaz.”	87